PERFIL E CUSTOS DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THATIANE LOPES OLIVEIRA
LEONARDO DE PAULA MIRANDA

Atena Editora
Ano 2024

PERFIL E CUSTOS DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THATIANE LOPES OLIVEIRA
LEONARDO DE PAULA MIRANDA

Atena Editora
Ano 2024

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Perfil e custos de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde

Diagramação: Ellen Andressa Kubisty
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Autores: Thatiane Lopes Oliveira
Leonardo de Paula Miranda

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

O48 Oliveira, Thatiane Lopes
Perfil e custos de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde / Thatiane Lopes Oliveira, Leonardo de Paula Miranda. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2024.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-2712-4
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.124241308

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde. 3. Saúde da família. I. Oliveira, Thatiane Lopes. II. Miranda, Leonardo de Paula. III. Título.

CDD 362.1042

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access, desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce,* ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

DEDICATÓRIA

Esta obra é dedicada inicialmente a Deus, fonte suprema de vida, luz, fé e esperança no trilhar humano. É ainda dedicada aos nossos familiares, pela atenção, carinho e apoio constantes; é especialmente dedicada aos nossos filhos, que são a razão sublime da existência paterna e materna.

Agradecemos a Deus, pelo dom da vida, amor e fé. Aos nossos irmãos e pais, que sempre nos incentivaram. Aos filhos Artur, Luísa e Júlia, que nos alegram e impulsionam diariamente e constantemente em direção ao engrandecimento pessoal e profissional. E, finalmente, agradecemos a todos os profissionais e pacientes que estiveram direta e indiretamente envolvidos neste estudo.

Este estudo analisou o perfil dos usuários internados com condições sensíveis à atenção primária e os custos hospitalares decorrentes dessas internações, na rede hospitalar de uma cidade polo macrorregional do norte de Minas Gerais.

A proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) foi de 44 % e esteve associada à idade, raça/cor da pele, escolaridade e presença de patologia crônica. Destacaram-se como principais causas de hospitalização a insuficiência cardíaca, pneumonia bacteriana não especificada e as doenças cerebrovasculares. O período médio dessas internações foi de 9,35 dias e o custo médio de R$ 3606,09, com aumento gradual até os 79 anos de idade. O alto custo das ICSAP teve uma prevalência de 37,8% e esteve associado à idade, estado civil, renda, duração da internação e diárias em Unidade de Terapia Intensiva.

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a população local enfrenta óbices de acessibilidade aos serviços de saúde e que a atenção primária à saúde ainda demonstra baixa resolutividade em relação às ICSAP, impactando diretamente na eficiência de gestão dos gastos públicos e sinalizando para a necessidade de reorganização e qualificação da rede assistencial.

O presente estudo tem como objeto as internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária de Saúde. Entretanto, não é suficiente traçar um perfil dessas internações, sem discutir outros aspectos que influenciam essa compreensão. O conhecimento sobre o histórico das políticas de saúde e o acesso a esses serviços ajudam na contextualização dos fatores que envolvem a ocorrência dessas internações. Nesse sentido, ao se abordar esses temas, pretende-se oferecer ao leitor um embasamento teórico concernente aos aspectos relacionados a essas internações, compreendendo, assim, todas as características que influenciam no desempenho do referido nível de atenção.

1.1 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 é a tradução prática do princípio constitucional da "saúde como direito de todos e dever do Estado"[1]. Esse sistema é considerado como a política de maior inclusão social implementada no Brasil, tendo percorrido uma longa caminhada desde sua implementação. A mencionada política perpassa por um processo constante de aperfeiçoamento, buscando a estruturação e consolidação definitiva de um sistema público universal e equânime[2].

O processo de implantação do SUS acompanhou a evolução político econômica do Brasil, vivenciando momentos de avanços e retrocessos que afetaram diretamente a saúde pública atual. A política de assistência à saúde deu os seus primeiros passos em 1923, quando a Lei Eloy Chaves, considerada como marco para a Previdência Social no Brasil, criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). As CAPs eram organizadas por grandes empresas, públicas e privadas, que possuíam administração própria e eram responsáveis pelos serviços de saúde dos seus empregados. Nesse período, as medidas de proteção social e a assistência médica assumiram conotação de política pública[3].

Anos depois, em 1932, foram estruturados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) por categorias profissionais. Esses Institutos contemplavam somente os trabalhadores urbanos mais atuantes em seus respectivos sindicatos e aqueles que exerciam atividades essenciais dentro da economia brasileira[4].

O desenvolvimento industrial, a partir de 1945, aumentou significativamente a demanda por atenção à saúde. Como resposta a essa demanda, foi publicada, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que uniformizou os serviços de saúde destinados aos segurados. Consequentemente, houve um aumento irracional na utilização desses serviços e, contrariamente a essa realidade, decréscimo no atendimento da população não previdenciária[5].

Em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (3ª CNS), onde se discutiram pontos importantes relacionados à distribuição de responsabilidades entre os entes federativos e à avaliação da realidade sanitária do país[3]. Então, em 1964, já no contexto do regime autoritário, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que passou a regular todas as aposentadorias, pensões, contribuições previdenciárias e a assistência médica de todos os trabalhadores formais[3]. Serviços de assistência médica foram terceirizados, concretizando assim um modelo assistencial hospitalocêntrico e curativista[3,5].

Diante dessa precária situação de saúde houve, entre 1968 e 1975, uma ascensão da medicina, com fortes investimentos da Previdência Social na construção de hospitais privados e propagação das faculdades de medicina. De um lado ficavam os serviços de saúde privados, conveniado com o INPS; do outro lado, ficavam os serviços públicos, com recursos escassos[4]. Com essa realidade, o INPS passou a nortear um modelo de organização da prática médica orientado pelo lucro[6]. Os planos de saúde atuais advêm dessa época, momento em que se inicia uma prática empresarial de prestação de serviços aos seus empregados e surgimento concomitante de empresas médicas regulando a assistência ofertada aos funcionários[2].

Frente a esse contexto, propagou-se ainda mais o modelo hospitalocêntrico, “medicalizante”, tecnicista, orientado para a lógica do lucro e cada vez mais distante das necessidades da população[4]. Nesse momento, a Previdência Social passou a sofrer as consequências do sucateamento dos seus serviços hospitalares e os serviços médicos passaram a ser fonte de uma incontrolável corrupção[3,5]. Além disso, surgia também o convênio entre a Previdência Social e empresas. Com esse “acordo”, a empresa assumia a assistência médica mais simples aos seus empregados e deixava de contribuir ao INPS, enquanto os casos mais complexos continuavam a ser atendidos pela Previdência Social[6].

Diante da situação instalada, o Ministério da Saúde (MS) propôs, em 1968, o Plano Nacional de Saúde, almejando a venda de todos os hospitais governamentais à iniciativa privada. Assim, o financiamento desses serviços privados seria responsabilidade do Estado e do paciente, que ficaria responsável por uma parcela do custeamento, porém a proposta não foi bem aceita, inclusive pela própria Previdência Social[6].

Em 1974, o Plano de Pronta Ação (PPA) foi criado, com o objetivo de universalizar o atendimento médico, principalmente de emergência, custeados pela Previdência Social[5]. Já no ano seguinte, o modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise e o modelo de saúde previdenciário sofre com o aumento de endemias, epidemias, mortalidade infantil, além de graves

problemas sociais como o desemprego, a marginalidade, corrupção[3]. Com a redução das verbas públicas, a atenção médica da Previdência Social vai à falência[4].

Tudo isso levou a uma enorme insatisfação popular e manifestações em todos os âmbitos da sociedade. Associações comunitárias exigiam melhorias para a saúde pública e denunciavam o modelo de saúde previdenciário. Médicos se aliavam aos movimentos sociais, denunciavam a má qualidade dos serviços prestados e participavam de importantes movimentos grevistas. Estudiosos da área discutiam em congressos e seminários, a degradação das condições de vida da população[4]. Começava-se então, no início da década de 1970, a construção de um Brasil com inclinação à cobertura universal, graças à grande mobilização política das organizações sociais, dos trabalhadores da saúde e de estudiosos da área, insatisfeitos com o modelo de assistência médica da Previdência Social, originando assim o "Movimento da Reforma Sanitária"[7].

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de variadas mobilizações da sociedade brasileira, em busca de uma transformação das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira[7,8]. O apoio de instituições como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) foi fundamental no processo de construção da saúde coletiva no Brasil[8]. O Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) também foram fundamentais para a consolidação das ideias da Reforma Sanitária. O primeiro por funcionar como um laboratório da democratização na saúde ao experimentar a aplicação de princípios como a regionalização e a participação popular[7,9]. O segundo por proporcionar a expansão da rede de atenção primária em municípios do interior, tal como o SUS faria nas décadas seguintes[3,10]. Com a expansão dessa rede de atenção primária de saúde houve um aumento da demanda por profissionais de saúde, o que excitou a criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) que visava a formação de recursos humanos em grande escala[11-13].

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) como tentativa de racionalizar as políticas públicas de saúde[5]. No mesmo período, a Organização Mundial da Saúde (OMS) promovia, em 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, em Alma-Ata. Essa Conferência foi considerada um marco para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) mundial e teve como resultado a publicação da Declaração de Alma-Ata, que defendia a APS como núcleo central de um sistema de saúde[14].

Em março de 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) considerada o principal marco no processo de formulação do novo modelo de saúde pública universal. Ela teve duas características essenciais para essa qualificação: o seu caráter democrático, com a participação de milhares de delegados, representantes de diversas entidades da sociedade civil; e a quantidade de pré-conferências municipais e estaduais realizadas que a precederam[15]. A partir dos desdobramentos dessa Conferência foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tinha como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária[16].

Como consequência da Constituição Federal aprovada em 1988, foi gerado o Sistema Único de Saúde, que foi regulamentado pelas Leis 8080, de 19 de setembro de 1990 e 8142, de 28 de dezembro de 1990[1-17] e regulado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs)[18]. Como evolução das NOBs, em 2006 foi implementado o Pacto pela Saúde com o objetivo de atender as reais necessidades da população brasileira, a partir de uma revisão anual das prioridades[19].

O SUS unificou o acesso gratuito aos serviços de saúde a toda população, sem necessidade de comprovação com alguma instituição[5,16]. Desde então ele vem passando por importantes mudanças e se adaptando às demandas da população, como um processo social em permanente construção, com muitos resultados positivos[20].

1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Entre os principais desafios do SUS está a garantia e ampliação do acesso à saúde[21]. O documento "*Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata*", publicado em 2019, relata que para vencer esse obstáculo é necessário adaptar os modelos de atenção às reais necessidades da população, considerando tanto as condições epidemiológicas da população, quanto a diversidade de suas condições sociais, culturais e econômicas. Nesse sentido, a APS é considerada a melhor opção para o alcance da saúde universal, com qualidade, equidade e justiça social. O referido documento recomenda ainda o desenvolvimento de modelos de saúde baseados na APS e a valorização dos recursos humanos desses serviços, como formas de transformar os sistemas de saúde[21].

Enquanto modelo assistencial, a APS corresponde ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde e é concebida pelos serviços ambulatoriais direcionados às necessidades de saúde mais comuns de uma população. Como tentativa de materialização das ações, a APS é orientada por quatro atributos: a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade[22].

O primeiro deles, atenção ao primeiro contato (acesso), caracteriza a APS como porta de entrada do sistema de saúde. Assim, o indivíduo deve passar primeiro por esse nível de atenção e só depois de esgotados todos os seus recursos é que ele é encaminhado para os níveis seguintes[22].

Um outro atributo é a longitudinalidade. Por considerar a APS como porta de entrada para o sistema de saúde, considera-se que o indivíduo, sempre que necessário, procure esse serviço. Sendo assim, é criada uma relação de vínculo de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários, resultando em uma menor utilização dos outros níveis de atenção[22].

A coordenação do cuidado representa o terceiro atributo e trata da disponibilidade de informações a respeito dos serviços prestados na APS aos demais níveis de atenção. Com isso, o cuidado passa a ser contínuo, evitando duplicações de exames e procedimentos, atraso na resolução do problema e gastos desnecessários[22].

Como último e principal atributo tem-se a integralidade. Ela significa que as unidades de APS devem reconhecer todas as necessidades de saúde da população cadastrada, resolver os problemas de saúde mais prevalentes e só realizar encaminhamentos quando for realmente necessário. Espera-se que a APS resolva 80% dos problemas de saúde da população, sem perder o acompanhamento do indivíduo, quando esse estiver sob os cuidados de outro nível de atenção[22].

A APS foi arquitetada nesse formato ideal, porém ainda havia uma enorme lacuna entre os sistemas de saúde e as necessidades da população. Como tentativa de melhorar essa realidade, o Brasil criou o Programa Saúde da Família (PSF), que foi implantado em 1994, com o objetivo de reestruturar o modelo de atenção à saúde vigente, que funcionava com ambulatórios focados nas especialidades médicas básicas[23].

Mais tarde, em função dos resultados positivos à saúde da população, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidando-se como forma prioritária para reorganização da APS no Brasil[24]. Desde então, vários documentos nacionais e/ou internacionais reforçam a importância da APS na busca da equidade, na promoção da saúde, prevenção da doença, cura e na reabilitação da saúde[25-26]. Em 2017, a Portaria nº 2.436 aprovou uma nova versão para a Política Nacional de Atenção Básica, considerando os termos Atenção Básica (AB) e APS como termos equivalentes. O documento robustece a ESF como prioritária para expansão e consolidação da APS[27].

1.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Atualmente, como consequência da melhoria dos indicadores sociais e econômicos e também da transição epidemiológica, há uma maior demanda pelos serviços de saúde[28]. Por isso, garantir o acesso aos cuidados em tempo hábil é uma das maiores dificuldades dos serviços de saúde de muitos países[29].

No Reino Unido, o *National Health Service* (NHS) possui médicos generalistas de alta capacidade resolutiva, com monitoramento do seu desempenho. Esses profissionais são responsáveis por todos os atendimentos à população, exceto as urgências e contam com o apoio de serviços que funcionam durante sete dias por semana, até o turno da noite, atendendo os casos menos complexos, sem necessidade de agendamento. Possuem também o serviço de linhas telefônicas que funcionam 24 horas por dia, fornecendo informações de saúde e fazendo os encaminhamentos necessários[30].

Nos Estados Unidos, as equipes de saúde são bem concebidas, os sistemas são informatizados, o serviço recebe pagamentos por coordenação do cuidado e também há ferramentas de cuidados à distância. Ainda assim, o problema do acesso está presente[31].

Na Austrália, o *Australian Primary Care Collaboratives* (*APCC*) prioriza ações preventivas que visem a redução de fatores de riscos e acompanhamento das condições crônicas, porém apenas 36% dos australianos doentes conseguem uma consulta no dia em que necessitam[32].

No Brasil, embora a cobertura das ESF venha aumentando significantemente, a iniquidade do acesso ainda persiste[33]. O enfrentamento do aumento dessas demandas não tem sido um papel fácil, porém ao longo das últimas décadas, ficou comprovado que é possível obter resultados favoráveis com esse serviço, principalmente na prevenção da maioria dos problemas de saúde pública[28]. A ESF possui grande responsabilidade sobre a redução de importantes taxas, como as de mortalidade infantil de doenças infectocontagiosas e parasitárias e de hospitalizações por doenças sensíveis à atenção primária[34-38]. As medidas curativas oferecidas pelas equipes de ESF também impactam positivamente na procura pelos serviços de atenção secundária e terciária[39]. Mesmo sem cobrir 100% da população, esse modelo ainda oferece melhor acesso e qualidade nas suas ações, quando comparada a outros modelos da APS[40-42] e proporciona maior vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde [8, 43]. Esse vínculo é essencial para um melhor monitoramento das condições de saúde, com gerenciamento não da doença, mas do perfil de saúde do usuário[28].

A ESF ainda encara vários desafios para a sua consolidação, apesar de todos os resultados positivos. A inserção das equipes em cenários complexos

e diversificados, com muitos problemas sociais, dificulta a sua atuação como reorganizadora dos serviços e ações de saúde[44]. É importante ressaltar que o próprio SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção e, sendo assim, a própria ESF também está em constante evolução, podendo obter excelentes resultados, quando sustentada política e financeiramente[24].

1.3.1 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)

É notório que a APS de qualidade trabalha com a prevenção, acompanhamento e o tratamento de diversos agravos de saúde. Segundo Caminal Homar e Casanova Matutanob, uma atenção primária resolutiva contribui para a diminuição de internações hospitalares prevenindo e tratando precocemente os agravos agudos e, ao mesmo tempo, controlando e acompanhando as patologias crônicas[45]. Essa concepção tem colocado a atenção primária como a alternativa mais efetiva e de custo mais razoável dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), incitando a necessidade de ferramentas de avaliação da efetividade desse sistema[46.]

Um importante instrumento para essa avaliação é o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que está sendo cada vez mais utilizado em todo o mundo, mesmo que com distintas denominações, com a finalidade de avaliar o aumento nas taxas de hospitalização[47-49]. Exemplo disso é o aumento de 47% entre 1998 e 2013 e de 13% entre 2000 e 2009 das internações evitáveis nos Estados Unidos[50].

As condições sensíveis são representadas por um conjunto de doenças para as quais o cuidado no momento correto e oportuno poderia reduzir o risco de hospitalizações. O tratamento e o acompanhamento evitariam complicações e reduziria as taxas de internações hospitalares desnecessárias[51]. A Portaria Brasileira do Ministério da Saúde MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008, publicou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos e definiu que a mesma seria utilizada “como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar”[52].

No Brasil, muitos estudos já comprovaram que altas taxas de ICSAP representam problemas no acesso e/ou na qualidade da APS oferecida[36-37,45-46,53-54]. Além de apontar problemas de acessibilidade, essa ferramenta fornece informações para o direcionamento de ações no âmbito da atenção primária à saúde, tendo em vista seu potencial de mensurar a qualidade dos serviços de saúde e identificar os pontos críticos que merecem intervenção[36,53,55].

Apesar dessa importância, a maioria dos estudos retratam resultados de pesquisas realizadas com dados secundários. Poucos são os estudos que avaliam a prevalência e as características dessas condições *in loco.* A avaliação com dados primários permitem uma melhor caracterização da situação de saúde local e também um melhor direcionamento das ações.

De forma complementar ao instrumento ICSAP, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária do Brasil (PCATool-Brasil) também fornece importantes informações sobre a qualidade da APS. Ele foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian e contempla o PCATool – Brasil, versão criança, o PCATool – Brasil, versão adulto e o PCATool – Brasil, versão profissionais[56].

Adaptado e validado em diferentes países, como Brasil[56], Coréia do Sul[57] e Catalunha-Espanha[58]**,** o PCATool, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste em um questionário estruturado que avalia a estrutura e o processo de atenção, a partir da aferição dos atributos: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção e dos atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural[59].

A avaliação da estrutura, que corresponde às características do serviço, permite inferências sobre a qualidade da longitudinalidade, da coordenação da equipe, da acessibilidade e sobre os serviços disponíveis. Já o julgamento do processo, que corresponde às ações por parte dos profissionais de saúde, também fornece informações sobre a qualidade da longitudinalidade e da coordenação da equipe, ao mesmo tempo em que avalia os serviços prestados e a sua utilização[22].

Os resultados encontrados na avaliação do PCATool refletem o estado de saúde alcançado[56]. Essa inferência só é possível porque o Brasil apresenta seus sistemas de saúde orientados pelos atributos da APS[60].

A avaliação do atributo "acesso de primeiro contato", especificamente, possui grande relevância ao apontar barreiras geográficas e organizacionais que contribuem para atendimentos mais demorados, prejudicando o impacto de possíveis ações de prevenção e contribuindo para possíveis complicações[22.]

Importante ressaltar ainda que as características centrais de uma APS forte são o acesso oportuno e a continuidade do cuidado[61]. O acesso oportuno possibilita um agendamento rápido quando necessário, evitando complicações e internações evitáveis. A continuidade proporciona uma relação duradoura e de confiança com o profissional [31,61].

Assim, como o conhecimento acerca das ICSAP, a avaliação do "acesso de primeiro contato" fornece importantes informações acerca da qualidade da APS e dos pontos críticos que merecem intervenção[53,55].

Em face da magnitude dos problemas envolvendo as internações hospitalares de causas que seriam evitáveis, é relevante investigar a prevalência das internações por condições sensíveis e o custo destas internações, como forma de avaliar como a população tem sido assistida pelas equipes da ESF.

Com esta pesquisa, a partir da análise das internações hospitalares verificadas nos principais hospitais de Montes Claros, Minas Gerais pretende-se ampliar o conhecimento sobre o cuidado aos pacientes com condições sensíveis a atenção primária, subsidiando os gestores hospitalares e os formuladores das políticas públicas sociais e de saúde no processo de tomada de decisão e nas escolhas estratégicas.

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o perfil o perfil dos usuários internados com condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e os custos hospitalares decorrentes dessas internações, na rede de atenção hospitalar de Montes Claros, Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência das internações por condições sensíveis à atenção primária;
- Caracterizar o perfil demográfico, social e nosológico de pacientes internados por condições sensíveis à atenção primária;
- Identificar fatores associados às internações por condições sensíveis à atenção primária;
- Avaliar o tempo de permanência hospitalar desses pacientes;
- Avaliar o atributo "acesso de primeiro contato" na Atenção Primária à Saúde de pacientes submetidos às internações por condições sensíveis à atenção primária, por meio do PCATool;
- Estimar os custos diretos de internações por condições sensíveis à atenção primária;
- Identificar fatores associados ao custo de internações por condições sensíveis à atenção primária.

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter transversal, com abordagem quantitativa.

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais, Sudeste do Brasil. A cidade conta com uma população de aproximadamente 400 mil habitantes e representa o principal polo urbano regional.

3.3 POPULAÇÃO ESTUDADA E PLANO AMOSTRAL

O estudo teve como alvo os pacientes e as respectivas internações hospitalares realizadas durante o período de dois anos, nos quatro principais hospitais da cidade de Montes Claros, Minas Gerais, responsáveis pela atenção hospitalar de toda a região Macro Norte de Saúde.

Foi utilizada a amostragem aleatória simples e a para a definição do total de elementos amostrais foi considerado como universo amostral 76.096 possíveis internações hospitalares ao longo de doze meses nos hospitais selecionados para o estudo, o que representa a média aritmética das saídas hospitalares registradas pelas instituições avaliadas nos últimos dois anos. A margem de erro foi de 4%, o nível de confiança de 95% e a prevalência estimada de 35%, considerando as taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em outros estudos nacionais[62,63]. O valor encontrado foi multiplicado por fator de correção para o efeito do desenho de 1,5 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de internações hospitalares a serem avaliadas foi de 976.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de inclusão no estudo ter idade igual ou maior que 18 anos e ter sido internado nas últimas 24h da coleta. Foram excluídos do estudo as internações decorrentes de gestação, parto e puerpério. Foram consideradas perdas os pacientes que não apresentavam condições para responder ao questionário e que não possuíam acompanhante para fazê-lo.

3.5 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os dados foram coletados entre julho/2017 e julho/2019. Após sorteio da ordem dos hospitais, a coleta de dados foi iniciada. A coleta era realizada ao longo de uma semana em cada unidade hospitalar, com um intervalo de sete dias entre um hospital e outro, ao longo de todo o período.

Após identificação dos pacientes admitidos no hospital nas últimas 24 horas, os critérios de inclusão e exclusão eram avaliados, para classificação do paciente como eletivo ou não. Uma vez considerado para o estudo, o paciente era convidado para participação na pesquisa e, após obtenção de consentimento formal, eram aplicados o questionário para coleta de dados e para avaliação do “acesso de primeiro contato”, do instrumento PCATool – Brasil versão adulto.

No questionário, foram avaliadas as características demográficas, sociais, econômicas e clínicas. No instrumento PCATool – Brasil, foi avaliado o atributo “acesso de primeiro contato”, a partir do componente “utilização”, com três questionamentos e do componente “acessibilidade”, com doze perguntas. As respostas para cada pergunta foram do tipo Likert, com intervalo de 1 a 4 para cada atributo, com os seguintes valores: 1-com certeza não; 2- provavelmente não; 3-provavelmente sim e 4-com certeza sim.

Os diagnósticos dos pacientes foram coletados dos prontuários, utilizando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e classificados como ICSAP ou não, conforme a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária.

A partir da aplicação dos instrumentos, as internações eram monitoradas até o seu desfecho. Concluída a atenção hospitalar do paciente e o seu processamento administrativo, os prontuários eram novamente avaliados, a fim de se verificar as variáveis: desfecho assistencial, dias de permanência hospitalar e presença de novos diagnósticos. Também foram coletadas informações referentes ao custo direto da internação hospitalar, por meio do Relatório “Autorização de Internação Hospitalar” (AIH), disponibilizado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) das instituições.

A coleta de dados foi realizada por duas acadêmicas de enfermagem. Ambas foram especialmente treinadas para a pesquisa, com estudos dos instrumentos a serem utilizados e das condições sensíveis à atenção primária. Também receberam treinamento para uma adequada abordagem aos pacientes e registro dos dados a partir das entrevistas. As acadêmicas foram capacitadas ainda por um enfermeiro especialista em auditoria, com a finalidade de padronização na coleta das informações dos prontuários.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta dos dados, estes foram digitados e codificados no banco de dados do programa estatístico IBM *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0 *for Windows*, mediante análise descritiva, a fim de subsidiar a análise e a reflexão dos objetivos propostos.

Para melhor análise dos dados, as variáveis foram categorizadas: sexo (masculino/feminino), idade (18-39 anos, entre 40 e 59 anos, entre 60 e 79 anos; e igual ou maior que 80 anos), cor da pele autorreferida (preta, parda, amarela/ indígena e branca), estado civil (casado ou não casado), escolaridade (menos quatro anos de estudo, quatro anos ou mais), renda (menor ou igual a 1,5 salário mínimo e maior que 1,5 salário mínimo), área que reside (urbana, rural), tempo que reside na mesma casa (menos de cinco anos, cinco anos ou mais), número de moradores por cômodo (até um morador, mais de um morador), presença de patologia crônica (sim, não), internação pelo mesmo motivo (sim, não), internação nos últimos 12 meses (sim, não).

As variáveis relacionadas à internação hospitalar foram assim categorizadas: período de internação (menos sete dias, sete dias ou mais), internação em UTI (sim, não). Os custos diretos foram apresentados conforme a sua média.

Os escores médios do PCATool- Brasil foram transformados em escala com valores entre 0 e 10, conforme preconiza o instrumento e os resultados apresentados em duas categorias: Baixo Escore (< 6,6) que representa baixa qualidade e Alto Escore (≥ 6,6) que denota boa qualidade[59]. Para avaliação dos custos, foi caracterizado como “alto custo hospitalar” os valores do último quartil, para todas as internações.

Inicialmente, realizou-se estatística descritiva. Após, foi realizada análise bivariada, por meio do teste qui-quadrado. A magnitude das associações foi estimada a partir das razões de prevalência (RP). Na análise multivariada, realizou-se a regressão de *Poisson*, com variância robusta, foi utilizada para calcular as RP ajustadas, considerando, de forma conjunta, as variáveis independentes que estiveram mais fortemente associadas com a internação hospitalar na análise bivariada, até o nível de significância de 20% (p<0,20). Para a análise final, considerou-se um nível de significância de 0,05 (p<0,05).

3.7 Considerações éticas

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Parecer nº 2.112.273) e pelos Centros de Ensino e Pesquisa dos hospitais envolvidos e todos os aspectos éticos foram considerados ao longo da pesquisa. Em todas as etapas da coleta e análise de dados foram assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações. A entrevista somente foi realizada com autorização do próprio paciente ou da família, após consentimento formal, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Atendendo às recomendações do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, os resultados do presente estudo serão apresentados na forma de artigos científicos.

4.1 Produto 1: "Prevalência e análise dos fatores associados às internações por condição sensível à Atenção Primária à Saúde" formatado segundo as normas da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, que estão disponíveis no seguinte sítio eletrônico: http://www.scielo.br/revistas/ress/pinstruc.htm

4.2 Produto 2: "Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde", formatado segundo as normas da Revista - Ciência e Saúde Coletiva, que estão disponíveis no seguinte sítio eletrônico: http://www.scielo.br/revistas/csc/iinstruc.htm

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

PREVALÊNCIA E ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Thatiane Lopes Oliveira
Cláudio Medeiros Santos
Leonardo de Paula Miranda
Antônio Prates Caldeira

https://doi.org/10.22533/at.ed.1242413081

CAPÍTULO 2 17

FATORES ASSOCIADOS AO CUSTO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DOENÇAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Thatiane Lopes Oliveira
Cláudio Medeiros Santos
Leonardo de Paula Miranda
Antônio Prates Caldeira

https://doi.org/10.22533/at.ed.1242413082

CONCLUSÃO 33

REFERÊNCIAS 34

SOBRE OS AUTORES 39

CAPÍTULO 1

PREVALÊNCIA E ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Thatiane Lopes Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

Cláudio Medeiros Santos
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

Leonardo de Paula Miranda
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

Antônio Prates Caldeira
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

RESUMO: Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência e avaliar os fatores associados às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Trata-se de um estudo transversal, analítico. A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas e análise de prontuários conduzida ao longo de dois anos em amostras aleatórias de pacientes hospitalizados. Avaliaram-se características demográficas, socioeconômicas, nosológicos e relacionadas à assistência e acessibilidade. As variáveis associadas às ICSAP foram identificadas após análise múltipla, por meio da Regressão de Poisson, com variância robusta. Foram analisadas 1208 hospitalizações. A proporção de ICSAP foi de 44%, ligeiramente maior do que o estudo prévio realizado há 10 anos. As principais causas das hospitalizações foram insuficiência cardíaca, pneumonia bacteriana não especificada e as doenças cerebrovasculares, com perfil similar ao estudo anterior. Os fatores associados foram idade, raça, escolaridade e presença de patologia crônica. Não foram identificados fatores relacionados à assistência por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), como no estudo anterior. Apesar do aumento da cobertura da ESF, não foi observado redução da proporção de internações sensíveis à atenção primária. Os dados sugerem a necessidade de mudanças estruturais e organizacionais, em toda a rede de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Estratégia Saúde da Família; Qualidade da assistência à Saúde.

PREVALENCE AND ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATIONS DUE TO PRIMARY CARE SENSITIVE CONDITIONS

ABSTRACT: This study aimed to estimate the prevalence and factors associated with hospitalizations due to Primary Care Sensitive Conditions (HPCSC). It is a cross-sectional, analytical study. Data collection was conducted through interviews and analysis of medical records conducted over two years on random samples of hospitalized patients. Demographic, socioeconomic, nosological, care-related and accessibility characteristics were evaluated. The variables associated with HPCSC were identified after multiple analysis using Poisson Regression with robust variance. A total of 1208 hospitalizations were analyzed. The proportion of HPCSC was 44%, slightly more than 10 years ago. The main causes of hospitalizations were heart failure, unspecified bacterial pneumonia and cerebrovascular diseases, with a similar profile to the previous study. The associated factors were age, race, education and presence of chronic pathology. No factors related to assistance from Family Health Strategy (FHS) teams were identified, as in the previous study. Despite the increase in FHS coverage, there was no reduction in the proportion of hospitalizations sensitive to primary care. The data suggest the need for structural and organizational changes throughout the health network.
KEYWORDS: Primary Health Care; Hospitalization; Family Health Strategy; Quality of Health Care.

PREVALENCIA Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS CON LAS HOSPITALIZACIONES DEBIDO A AFECCIONES SENSIBLES A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia y los factores asociados con las hospitalizaciones por afecciones sensibles a la atención primaria (HASAP). Es un estudio analítico transversal. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas y análisis de registros médicos realizados durante dos años en muestras aleatorias de pacientes hospitalizados. Se evaluaron las características demográficas, socioeconómicas, nosológicas y relacionadas con la atención a salud y con la accesibilidad. Las variables asociadas con HASAP se identificaron después de un análisis múltiple utilizando la regresión de Poisson con una varianza robusta. Se analizaron un total de 1208 hospitalizaciones. La proporción de HASAP fue del 44%, ligeramente mayor que el estudio realizado por 10 años. Las principales causas de hospitalización fueron insuficiencia cardíaca, neumonía bacteriana no especificada y enfermedades cerebrovasculares, con un perfil similar al estudio anterior. Los factores asociados fueron edad, raza, educación y presencia de patología crónica. No se identificaron factores relacionados con la asistencia de los equipos de la Estrategia de salud familiar (ESF), como en el estudio anterior. A pesar del aumento en la cobertura de ESF, no hubo reducción en la proporción de hospitalizaciones sensibles a la atención primaria. Los datos sugieren la necesidad de cambios estructurales y organizativos en toda la red de salud.
PALABRAS-CLAVE: Atención Primaria de Salud; Hospitalización; Estrategia de Salud Familiar; Calidad de la Atención de Salud.

* Resultado da Tese “Análise do perfil e dos custos de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em Montes Claros (MG): um estudo transversal”

Autora: Thatiane Lopes Oliveira. Universidade Estadual de Montes Claros. Ano de defesa: 2019.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é considerada a organização do conjunto de serviços de saúde, que tem por objetivo superar a fragmentação da atenção e garantir ao usuário continuidade da atenção à saúde, com efetividade e eficiência[1]. Inserida nesta RAS, espera-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o centro de comunicação e se constitua como porta de entrada preferencial de entrada[2].

Na prática, a APS no Brasil ainda encontra muitas dificuldades para efetivar essa comunicação. Para vencer essa barreira, o (re)conhecimento das reais necessidades da população e a oferta de ações que as contemplem são pontos cruciais[3]. A operacionalização da APS em todo país ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que é responsável pela melhoria de vários indicadores, entre eles a redução das taxas de hospitalização por condições sensíveis à atenção primária (CSAP)[4].

A apreciação das taxas de hospitalização por essas CSAP permite a avaliação do impacto das ações da ESF, uma vez que se espera que uma maior capacidade de resolução dos serviços de atenção primária resulte na diminuição das internações hospitalares. Um importante instrumento para essa avaliação é o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que contempla os problemas de saúde que não deveriam chegar em grande quantidade à rede hospitalar, pois deveriam ser solucionados na atenção primária[5].

No contexto avaliativo do cuidado primário, espera-se que os pacientes assistidos pela ESF sejam menos propensos à hospitalização por causas evitáveis. Alguns estudos registram que a ampliação da cobertura assistencial pela ESF tem impacto sobre redução das ICSAP, mas são estudos de natureza ecológica[6-7]. Há cerca de 10 anos, um estudo conduzido de forma prospectiva ao longo de um ano em uma cidade no norte de Minas Gerais registrou que, para uma cobertura da ESF de aproximadamente 50%, o percentual de ICSAP em uma amostra das hospitalizações locais foi de 38,8%[8]. Atualmente, o município tem cobertura plena da ESF, considerando o parâmetro de 3.000 habitantes/equipe[9]. Porém, nenhuma outra pesquisa local voltou-se a verificar o impacto desse crescimento sobre as ICSAP. O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência e os fatores associados às ICSAP por condições sensíveis à atenção primária na rede de atenção hospitalar de Montes Claros-MG.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um inquérito de morbidade hospitalar, com coleta de dados ao longo de 24 meses. O estudo teve como alvo os pacientes e as respectivas internações hospitalares registradas nos quatro principais hospitais do município. A cidade conta com uma população de aproximadamente 405 mil habitantes e é o principal polo urbano da região. Em relação à rede hospitalar, além dos hospitais alocados para estudo, a cidade conta com quatro hospitais de menor porte, sendo três deles específicos para alguma especialidade[9].

A amostra foi por amostragem aleatória simples. Para a definição do total de elementos amostrais foi considerado como universo amostral 76.096 possíveis internações hospitalares ao longo de doze meses nos hospitais selecionados para o estudo, o que representa a média aritmética das saídas hospitalares registradas pelas instituições avaliadas nos últimos dois anos que antecederam a coleta de dados. A margem de erro foi de 4%, o nível de confiança de 95% e a prevalência estimada de 35%, considerando as taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em outros estudos nacionais[8,10]. O valor encontrado foi multiplicado por fator de correção para o efeito do desenho (*deff*) de 1,5 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de internações hospitalares a serem avaliadas foi de 976.

Um estudo piloto foi realizado nas quatro instituições hospitalares, para testar o instrumento de coleta de dados e para calibração da equipe de trabalho. As entrevistas foram realizadas por estudantes da graduação do curso de enfermagem, especialmente treinadas para os procedimentos.

Para a pesquisa, foram considerados elegíveis todos os pacientes internados nas últimas 24 horas que antecediam à coleta, com idade acima de 18 anos, e que pudessem responder à entrevista ou estivessem acompanhados de algum familiar que pudesse fazê-lo. Foram excluídas todas as internações decorrentes de gestação, parto e puerpério.

A coleta ocorreu ao longo de uma semana em cada unidade hospitalar e com uma semana de intervalo entre eles, durante 24 meses. Uma vez considerado para o estudo e obtido o consentimento formal, o questionário semiestruturado elaborado pelos autores era aplicado e o prontuário era avaliado, a fim de identificar o diagnóstico do paciente, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Todas as internações foram monitoradas até o seu desfecho.

O questionário aplicado incluiu, além de dados demográficos e socioeconômicos, informações sobre condições de saúde e assistência, incluindo parte do instrumento PCATool – Brasil versão adulto, a fim de avaliar o atributo “acesso de primeiro contato”. Esse atributo é dividido em dois componentes: “Acesso de Primeiro Contato - Utilização” (com três itens) e “Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade” (com doze itens). Os escores aferidos para as questões foram transformados em escala com valores entre 0 e 10, conforme preconiza o instrumento e apresentados em duas categorias, representando Baixo Escore (< 6,6) e Alto Escore (≥ 6,6)[11].

Para a identificação dos fatores associados a maior ocorrência de ICSAP, procedeu-se análise bivariada, seguida de análise múltipla de regressão múltipla de Poisson, com variância robusta, com abordagem hierarquizada. O modelo teórico foi formado por três blocos de variáveis. O primeiro nível (Bloco Distal) foi constituído pelas variáveis demográficas: estado civil, idade, raça/cor da pele. O segundo nível (Bloco Intermediário) foi constituído pelas variáveis referentes às condições de vida: escolaridade, número de moradores/cômodo, tempo que reside na mesma casa, renda e plano de saúde. O terceiro nível (Bloco proximal) continha as variáveis referentes à internação hospitalar: forma de internação, período de internação e presença de patologia crônica (Figura 1).

Os dados obtidos foram lançados e organizados em planilha eletrônica. Para o tratamento estatístico destes dados, foi utilizado o *software* IBM SPSS versão 22 para *Windows*. Para inserção nessa análise múltipla foram consideradas as associações com nível de significância de até 20% ($p<0,20$) e para o modelo final permaneceram apenas as associações estatisticamente significantes até o nível de 5% ($p<0,05$).

O projeto do estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente reconhecido (Parecer nº 2.112.273) e pelos Centros de Ensino e Pesquisa dos hospitais envolvidos. Todos os participantes foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os preceitos éticos referentes à condução de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados.

RESULTADOS

Durante o período estudado, foram identificadas 1368 internações elegíveis, com 11,7% de perdas, totalizando dados de 1208 pacientes. Dessas, 531 (44,0%) foram classificadas como ICSAP. As principais patologias encontradas foram a insuficiência cardíaca (29,9%), pneumonia bacteriana não especificada (13,3%) e as doenças cerebrovasculares (10,2%).

Em relação às características dos pacientes, houve predomínio do sexo masculino (52,9%) e faixa etária igual ou acima de 40 anos (80,1%), sendo 49,2% idosos. Os autodeclarados negros e pardos representaram a maioria da amostra e os não-casados 52,6%. Pouco mais da metade dos entrevistados (52,1%) se declarou aposentada e cerca de um quinto da amostra (22,1%) não chegou a concluir o primário.

A maioria dos entrevistados (96,6%) possuía renda, sendo que 83,4% recebiam entre um e três salários mínimos. Quase a totalidade dos participantes (77,3%) informou residir na zona urbana, com 85,2% residindo na mesma casa há pelo menos cinco anos.

A maior parte dos participantes da pesquisa não possuía plano de saúde (73,5%). A principal porta de entrada para a internação hospitalar foi o pronto socorro (87,2%), com internação pelo Sistema Único de Saúde - SUS (76,3%). Pouco menos da metade dos pacientes teve um período de internação superior a sete dias (46,2%), e 39,8% dos

entrevistados possuía alguma patologia crônica. Entre essas patologias a hipertensão e o *diabetes mellitus* foram os mais encontrados, com prevalência de (30,9%) e (14,9%), respectivamente.

A Tabela 1 apresenta os resultados das análises bivariadas, com destaque para as variáveis aptas para a análise múltipla, por meio de regressão de Poisson.

Após a análise final, permaneceram como variáveis estatisticamente associadas às internações por condições sensíveis à atenção primária a idade (com maiores magnitudes de associação para idades mais elevadas a partir dos 40 anos), raça/cor da pele, escolaridade e presença de patologia crônica (Tabela 2).

Para os pacientes que foram identificados como ICSAP foi aplicado a avaliação do atributo "acesso de primeiro contato" do PCATool- Brasil versão adulto. Na Tabela 3 constata-se que 67,8% dos entrevistados avaliaram o atributo "acesso de primeiro contato – utilização" como de boa qualidade (≥ 6,6), enquanto 78,2 % avaliaram o "acesso de primeiro contato – acessibilidade" como de baixa qualidade (< 6,6).

DISCUSSÃO

O presente trabalho identificou uma elevada proporção de ICSAP entre as internações hospitalares avaliadas (44%). Em princípio, a ampliação do número de equipes da ESF, embora possa ter contribuído para a reorganização do sistema de saúde como um todo, não parece ter influenciado na redução do percentual de internações hospitalares, quando comparado à estudo similar realizado há 10 anos, com uma cobertura de 50%, quando se registrou uma prevalência de ICSAP de 38,8%[8].

Importante salientar que o trabalho realizado há 10 anos, incluiu na pesquisa somente pacientes internados pelo SUS em três hospitais, enquanto essa análise se refere a pacientes internados tanto pelo SUS, quanto por convênios/particular, nos quatro principais hospitais da cidade. É essencial acentuar ainda que a maioria das investigações nacionais sobre o tema estabelece apenas correlações ecológicas, dificultando a discussão e generalização dos resultados[6-7].

Ainda que a ampliação das equipes de ESF possa aumentar a capacidade resolutiva dos sistemas de saúde e, consequentemente, reduzir o número de internações, muitos estudos não encontraram evidências de que um melhor acesso aos serviços de atenção primária seja um fator-chave para a redução das ICSAP[12,13]. O Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS calcula que a ampliação das equipes de ESF pode contribuir para a redução das internações por algumas condições sensíveis, mas também pode aumentar o diagnóstico de condições que necessitam eventualmente de internação, principalmente nas populações que não possuíam acesso aos serviços de saúde[12]. Muitas outras questões ainda podem interferir nesse indicador estudado. As características estruturais das unidades básicas de saúde e o processo de trabalho das equipes são algumas delas[13].

Outra importante explicação é a oferta de leitos hospitalares. Estudos mostram que mesmo após ajuste para outros fatores importantes para a ICSAP, a oferta de leitos hospitalares ainda é um fator importante para essas hospitalizações[14-15]. Complementarmente, a concepção hospitalocêntrica, ainda vigente, pode ter uma parcela contributiva para esse cenário. É necessário então, mais cautela na interpretação das ICSAP, pois esse indicador pode estar relacionado a um conjunto de ações e determinantes sociais, sendo necessários mais estudos que avaliem o impacto dessas outras variáveis[14-15].

A insuficiência cardíaca foi o diagnóstico mais prevalente entre as hospitalizações. O mesmo resultado foi encontrado em outros estudos, chegando até 49,5% das internações de idosos por CSAP, no estado de Santa Catarina[6]. As altas taxas de internação por insuficiência cardíaca podem ser justificadas pela falta da estratificação de risco do paciente e superestimação da gravidade, ratificando a importância dos profissionais da APS com ações individuais e coletivas para seu controle[7]. Há dificuldades na comparação dessas condições com outros países, uma vez que muitos deles apresentam classificações diferentes das CSAP. Ainda assim, o padrão de grupos de diagnósticos nas internações evitáveis coincide com outros estudos, especialmente para insuficiência cardíaca[16].

Ao identificar os fatores associados à internação por condição sensível à APS, o modelo hierarquizado proposto avaliou a influência dos fatores sociais na internação hospitalar, a fim de compreender os fatores determinantes do adoecimento por CSAP, na tentativa evitá-los pelo máximo possível de tempo. Em relação às variáveis que se mostraram associadas com maior proporção de ICSAP, a idade, a presença de patologia crônica, a raça e a escolaridade permaneceram no modelo final.

Uma das associações mais consistentemente observadas com a ocorrência de internações hospitalares é a idade[17]. Especificidades da população idosa como a limitação no acesso aos serviços de saúde, em decorrência da dificuldade de locomoção; a maior fragilidade e a alta prevalência de doenças crônicas já demostraram forte associação com a ocorrência das ICSAP[17]._

O Brasil tem experimentado profundas transformações no seu perfil demográfico, ocasionando mudanças no perfil de adoecimento e morte. Estima-se que em 2020 haverá 13 milhões de idosos no país. Em 2060 eles representarão um terço da população brasileira. Esse novo perfil pode levar ao aumento do consumo dos serviços de saúde, sobrecarregando o sistema caso não tenha programas específicos que atendam às necessidades sociais e de saúde desses indivíduos[18]. Mudanças nos aspectos assistenciais, como os atendimentos domiciliares e capacitação de cuidadores e familiares, serão de suma importância no fortalecimento desse sistema de saúde[19]. Outros recursos já apontados são as estratégias de telessaúde e a supervisão técnica a distância para todos os profissionais de saúde. Esses recursos permitiriam um melhor acompanhamento e monitoramento das condições de saúde dos pacientes[20].

A presença de doenças crônicas no modelo final da análise múltipla reitera o fato das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representarem uma importante causa de morbidade e mortalidade. A heterogeneidade dessas patologias impõe novos desafios aos sistemas de saúde e levantam a necessidade do estabelecimento de metas específicas. Atualmente, está sob vigência o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022, que visa priorizar ações para controle e prevenção das doenças crônicas e seus fatores de risco, além de ações de fortalecimento dos serviços de assistência[21]. O resultado deste estudo reforça a necessidade de um acompanhamento sistemático dessas condições por equipes multiprofissionais e da implementação de educação permanente. Essa qualificação, apoiada por protocolos e estratégias de busca ativa e rastreamento podem melhorar a gestão dos casos, evitando internações desnecessárias[20].

Em relação à raça, os negros apresentaram maior chance de internarem por CSAP**.** Apesar da cor da pele autorreferida ter apresentado essa associação, não se pode concluir que existe um determinismo provocado por essa variável. É sabido que certas doenças surgem com mais frequência em determinados grupos étnicos em razão de predisposições biológicas, porém na maioria das condições não há, do ponto de vista biológico, diferenças biológicas intrínsecas[22]. Ao contrário, a noção de raça pode ser considerada um marcador das condições socioeconômicas e do acesso aos bens e serviços, gerando padrões patológicos particulares, derivados dessas condições de vida[22]. Estudo ecológico que avaliou os efeitos da implementação da ESF ao longo das duas últimas décadas no Brasil concluiu que a vulnerabilidade socioeconômica está fortemente associada ao comportamento das taxas de ICSAB, robustecendo o papel da APS na redução das iniquidades sociais[23]. Mais estudos, principalmente os prospectivos, são necessários para melhor avaliação dessa variável.

Outra importante variável que determina essa vulnerabilidade socioeconômica é a educação. A escolaridade inferior a quatro anos de estudos mostrou-se estatisticamente associada a maior ocorrência de ICSAP, demonstrando coerência com outros estudos[26,27]. A baixa escolaridade, como um importante determinante social, aumenta a exposição aos fatores de risco e eleva o risco de internação hospitalar[26]. Além disso, dificulta uma maior adesão ao tratamento ambulatorial de algumas patologias[27].

As condições sociais influenciam decisivamente nas condições de saúde. Uma forma de minimizar esses efeitos é a educação em saúde. Uma abordagem educacional adequada na APS pode minimizar o risco extra de demandas evitáveis de assistência médica associadas a pacientes com baixa escolaridade[28].

Diferentemente do estudo similar realizado na mesma cidade, há 10 anos, este estudo não registrou associação entre ICSAP e variáveis relacionadas aos cuidados de saúde[8], mas é importante registrar a limitação da análise de acessibilidade ter sido restrita aos pacientes com ICSAP. Na investigação da qualidade da APS, o atributo "acesso de primeiro contato - utilização" foi avaliado como de boa qualidade pela maior parte dos

pacientes hospitalizados por CSAP, evidenciando que os usuários reconhecem a APS como principal porta de entrada para os serviços de saúde, achado similar com o resultado de outros autores[29]. Entretanto, a maioria dos participantes avaliou o “acesso de primeiro contato - acessibilidade” como de baixa qualidade, semelhante ao resultado de outro estudo[30]. Os dados sugerem que apesar do usuário priorizarem a APS, eles se deparam com barreiras para que o cuidado seja oportunizado. Observa-se que as piores avaliações dizem respeito à falta de atendimento e orientação aos finais de semana e no período noturno. Isso se dá pelo fato de a maioria das equipes da ESF trabalharem somente em dias úteis e em horário comercial, restando apenas a atenção secundária e/ou terciária no período noturno e nos finais de semana[31]. Essa lacuna no sistema impede que o usuário seja atendido em tempo hábil e contribui para o aumento das taxas de internações, além de ferir o princípio da universalidade.

A acessibilidade adequada e o tempo de espera aceitável são importantes características de uma APS eficiente[32]. Entre todos os modelos de atendimentos na APS, que buscam alcançar essa eficiência máxima, o Acesso Avançado (AA) parece ser a melhor opção por conseguir equilibrar capacidade de atendimento e demanda, a partir de uma agenda aberta para os atendimentos, sem agendamentos prévios de consultas[33].

A ampliação do número de ESF é um grande ganho, mas é preciso uma política integrada para melhorar os equipamentos clínicos, capacitar os profissionais e fornecer apoio em áreas estratégias, por exemplo, na área de tecnologia de informação e comunicação. As equipes de saúde devem estar completas, com os fluxos dos usuários organizados. O agendamento e acolhimento precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal[20].

Algumas limitações desse estudo podem ser destacadas, como o fato de a coleta dos dados ter sido realizada em apenas quatro hospitais da cidade. Além disso, seria importante também utilizar o PCATool para todo o grupo de pacientes hospitalizados (ICSAP e não-ICSAP) e mesmo a versão profissional de saúde do instrumento, a fim de verificar se a equipe de saúde está orientada segundo os atributos da APS. A não utilização das outras versões do instrumento pode levar a alguma restrição na generalização dos resultados de desempenho dos serviços avaliados. É relevante destacar ainda que não foram avaliadas ou comparadas as taxas de hospitalizações, o que permitiria outras análises, em termos de impactos da ampliação da cobertura.

CONCLUSÃO

Apesar do aumento da cobertura pelas equipes de ESF nos últimos 10 anos não foi observado redução do percentual de ICSAP. Existem determinantes demográficos (idade e cor da pele) e sociais (escolaridade) que devem ser alvo de políticas especiais por parte dos gestores de saúde, no sentido de reduzir a proporção das ICSAP. Outros determinantes podem estar melhores associados à ICSAP, sendo necessários estudos que avaliem toda a organização do serviço e o impacto sobre a gestão das condições crônicas, por exemplo.

A ampliação da cobertura não representou uma melhor qualidade nos serviços prestados e a precariedade na acessibilidade evidenciou que os usuários ainda não obtêm respostas para as suas demandas. Logo, são necessárias mudanças no sentido de melhorar os serviços. Alterações na forma de agendamento e no horário de atendimento podem contribuir nesse sentido, mas é necessário pensar, sobretudo, no acolhimento adequado desse usuário. Também é necessário pensar na rede de forma integral, com políticas que enfoquem as reais necessidades da população e estratégias de cooperação horizontal entre equipes, gestores de saúde e comunidade.

COLABORADORES

Oliveira TL, Santos CM, Caldeira AP participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; da redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; da aprovação final da versão a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Miranda LP, participou da redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; da aprovação final da versão a ser publicada e é responsável por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010, 31 dez.

2. Mendes, EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015.

3. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública. 2018; 34(8): e00029818.

4. Santos LPR, Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2018; 26(2): 178-183.

5. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa MFL, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAPBrasil). Cad Saude Publica. 2009; 25(6): 1337-49.

6. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. Rev Bras Epidemiol. 2019; 22:e190010.

7. Lentsck MH, Saito AC, Mathias TAF. Tendência de declínio das hospitalizações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. Texto Contexto Enferm. 2017; 26(2): e03170015.

8. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2009; 43(6): 928-936.

9. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros -MG. Prefeitura Municipal de Montes Claros – MG. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. 2017.

10. Rosalva Grobério Pazóa, Diana de Oliveira Frauchesb, Maria del Carmen Bisi Molinaa, Nágela Valadão Cadea. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro. 2017; 12(39):1-12

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS - Boletim Informativo do PROADESS. 2019.

13. Araújo WRM, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NC, Thumé E, Tomasi E, Facchini LA, Thomaz EBAB. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. Rev Saude Publica. 2017;51:75.

14. Souza LA, Rafael RMR, Moura ATMS, Neto M. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2018; 39: e2017-0067.

15. Kim AM, Park JH, Yonn TH, Kim Y. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. BMC Health Serv Res. 2019; 19: 259.

16. Gonzalez-Velez A, Mejía CCC, Padilla EL, Marín SYM, Bobadilla PARengifo, Sánchez JPR, et al. Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. Rev. Saúde Pública. 2019; 53(36).

17. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2014; 23(1):45-56.

18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

19. Silva Júnior JB. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas / Jarbas Barbosa da Silva Júnior ; Walter Massa Ramalho. – Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

20. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde Debate. 2018; 42: 208-223.

21. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

22. Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA orgs. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.

23. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6):1903-1913.

24. Shimizu HE, Ramos MC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019; 72(2):385-92.

25. Pitilin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Pelloso SM. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(2):441-448.

26. Tavares LR, Victer H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC, Viana CH, Pereira SB, Silva GP, Mesquita ET. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA - Niterói. Arq Bras Cardiol. 2004.

27. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.2017; 20(1): 116-127

28. Buja A, Fonzo M, Sperotto M, De Battisti E, Baldovin T, Cocchio S et al. Education level and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: an education approach is required. Eur J Public Health. 2019.

29. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado JAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. Esc Anna Nery. 2016; 20(4): e20160104.

30. Silva CSO, Fonseca AD G, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGSilva, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. Ciênc Saúde Colet. 2014; 19(11): 4407-15.

31. Silva e Nadabe A, Silva SA, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. Rev Bras Enferm. 2018; 71(2):255-63.

32. Fournier J, Heale R, Rietze L. “I can’t wait”: advance access decreases wait times in primary health care. Healthc. Q. 2012; 15(10): 64-68.

33. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2016: 26(1): 87-111.

FIGURA E TABELAS:

Figura 1: Modelo hierarquizado para análise múltipla de fatores associadas às ICSAP

Tabela 1 - Associação entre “Internações por condições sensíveis à atenção primária” e as variáveis investigadas em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

	Sensível				**p-valor**	**RP (IC 95%)**
Variável	**Sim**		**Não**			
	(n)	**(%)**	**(n)**	**(%)**		
Sexo					0,633	
Masculino	285	44,6	354	55,4		1,03 (0,91 – 1,17)
Feminino	246	43,2	323	56,7		1,00
Idade (anos)					< 0,001	
≥ 80	115	68,0	54	32,0		3,63 (2,73-4,82)
60-79	229	53,8	197	46,2		2,86 (2,17-3,78)
40-59	142	38,1	231	61,9		2,03 (1,51-2,72)
< 40	45	18,8	195	81,3		1,00
Raça/Cor da Pele					< 0,001	
Negros (Pretos/pardos)	370	37,9	606	62,1		1,83 (1,64 – 2,07)
Não negros	161	69,7	70	30,3		1,00
Estado civil					< 0,001	
Casado ou união estável	289	50,5	283	49,5		1,33 (1,17 – 1,51)
Não casado	242	38,1	394	61,9		1,00
Escolaridade (anos de estudo)					< 0,001	
< 4	200	77,9	67	25,1		2,13 (1,91 - 2,38)
≥ 4	331	35,2	610	64,8		1,00
Renda própria					< 0,001	
Sem renda	29	72,5	11	27,5		1,69 (1,38 – 2,06)
Com renda	501	42,9	666	57,1		1,00
Área de procedência					0,026	
Urbana	427	45,7	507	54,3		1,20 (1,02 - 1,42)
Rural	104	38,1	169	61,9		1,00
Tempo que reside na mesma casa					< 0,001	
< 5 anos	128	71,5	51	28,5		1,83 (1,62- 2,58)
≥ 5 anos	403	39,2	626	60,8		1,00
Moradores/cômodo					0,169	
≤ 1	489	43,4	637	56,6		0,85(0,67- 1,06)
> 1	42	51,2	40	48,8		1,00
Plano de Saúde					0,129	
Não	405	45,6	483	54,4		0,89 (0,76-1,04)
Sim	126	40,7	184	59,3		1,00
Presença de patologia crônica					0,001	
Sim	239	49,7	242	50,3		1,23 (1,09-1,40)
Não	292	40,2	435	59,8		1,00
Via de internação					0,162	

SUS	405	42,9	539	57,1		0,89 (0,78-1,04)
Convênios/Particular	126	47,3	138	52,3		1,00
Indicou internação					0,947	
Outros	341	43,9	436	56,1		0,99 (0,87-1,14)
Médico da ESF	190	44,1	241	55,9		1,00
Tempo de internação					0,001	
> 7 dias	278	49,8	280	50,2		1,28 (1,13-1,45)
≤ 7 dias	253	38,9	397	61,1		1,00

Tabela 2: Análise multivariada de Poisson - Associação entre as variáveis e internações por condições sensíveis à atenção primária em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

Variável	p-valor	RP (IC 95%)
Idade (anos)	<0,001	
≥ 80		3,03 (2,53-4,12)
60-79		2,29 (1,71-3,18)
40-59		1,56 (1,14-2,22)
< 40		1,00
Raça	< 0,001	
Negros (Pretos/Pardos)		1,25 (1,18 – 1,41)
Não negros		1,00
Escolaridade (anos)	0,019	
< 4 anos		2,13 (1,91 - 2,38)
≥ 4 anos		1,00
Presença de patologia crônica	0,028	
Sim		1,12 (1,03-1,33)
Não		1,00

Tabela 3: Avaliação do atributo "acesso de primeiro contato", a partir do instrumento PCATool- Brasil, em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

Componente do atributo	Escore < 6,6		Escore ≥ 6,6	
	(n)	(%)	(n)	(%)
B- Acesso de primeiro contato - Utilização	**171**	**32,5**	**360**	**67,8**
B1- Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, de check up), você vai ao seu Posto antes de ir a outro serviço de saúde?	169	31,8	362	68,2
B2- Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu Posto antes de ir a outro serviço de saúde?	172	32	361	68
B3- Quando você tem que consultar um especialista, o Posto tem que encaminhar você obrigatoriamente?	170	32	361	68
C- Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	**415**	**78,2**	**116**	**21,8**
C1- O seu Posto fica aberto no sábado ou no domingo?	503	94,7	28	5,3
C2- O Posto fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20h?	501	94,4	30	5,6
C3- Quando o seu Posto está aberto e você adoece você é atendido no mesmo dia?	447	84,2	84	15,8
C4- Quando o seu Posto está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	481	90,6	50	9,4
C5- Quando o seu Posto está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	493	92,8	38	7,2
C6- Quando o seu Posto está fechado no sábado e domingo, e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?	525	98,9	6	1,1
C7- Quando o seu Posto está fechado e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço atende você naquela noite?	516	97,2	15	2,8
C8- É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check up), nesse Posto?	311	58,6	220	41,4
C9- Quando você chega no seu Posto, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico eu enfermeiro? (Sem contar triagem ou acolhimento)	430	81	101	19
C10- Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu Posto?	403	75,9	128	24,1
C11- É difícil para você conseguir atendimento médico no seu Posto, quando pensa que é necessário?	207	39	324	61
C12- Quando você tem que ir ao Posto, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	163	30,7	368	69,3

CAPÍTULO 2

FATORES ASSOCIADOS AO CUSTO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR DOENÇAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Thatiane Lopes Oliveira
Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros - MG

Cláudio Medeiros Santos
Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros - MG

Leonardo de Paula Miranda
Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG

Maria Luiza Ferreira Nery
Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros-MG

Antônio Prates Caldeira
Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros - MG

RESUMO: O presente estudo teve por objetivo identificar os fatores associados aos custos das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo transversal, analítico, com amostragem aleatória simples, nos quatro principais hospitais da cidade, ao longo de dois anos. Foram avaliadas a distribuição dos custos e a duração de 414 internações hospitalares no SUS segundo o sexo, faixa etária e condições sensíveis à atenção primária. O alto custo teve uma prevalência de 37,8% e esteve associado à idade, estado civil, renda, duração da internação e diárias em UTI. O período médio das internações foi de 9,35 dias e o custo médio de R$ 3606,09, correspondendo a R$ 385,68 o custo/dia das internações. O público mais jovem teve um custo diário de R$ 207,08, enquanto os idosos entre 60- 79 anos tiveram um custo/dia de R$ 399,53. Entre os gêneros, houve uma maior prevalência de internações no sexo masculino (55,8%). Os homens também foram responsáveis pela maior taxa de permanência (10,19) e pelo maior custo médio de internação (R$ 4164,26). Entre as patologias, tiveram maior prevalência as doenças cardíacas, as pulmonares e as cerebrovasculares, sendo que as doenças cardíacas são responsáveis pelo maior custo de internação em ambos os sexos e entre todas as idades. Esses resultados levam a reflexões acerca da qualidade da atenção primária, visto que os recursos disponíveis na atenção primária são suficientes para tratar a maioria dessas patologias, evitando hospitalizações desnecessárias e evitando maiores gastos para o sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Custos Hospitalares; Hospitalização.

FACTORS ASSOCIATED WITH THE COST OF HOSPITALIZATIONS FOR DISEASES SENSITIVE TO PRIMARY CARE IN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM

ABSTRACT: This study aimed to identify the factors associated with the costs of hospitalizations due to conditions sensitive to Primary Care in the Unified Health System. This is a cross-sectional analytical study, with simple random amostragem, in the four main hospitals of the city, at the same time. over two years. The cost distribution and duration of 414 hospitalizations in the SUS were evaluated according to gender, age and conditions sensitive to primary care. The high cost had a prevalence of 37.8% and was associated with age, marital status, income, length of stay and daily ICU. The average hospitalization period was 9.35 days and the average cost of R $ 3606.09, corresponding to R $ 385.68 the cost / day of hospitalizations. The younger audience had a daily cost of R $ 207.08, while the elderly aged 60- 79 had a daily cost of R $ 399.53. Among genders, there was a higher prevalence of hospitalizations in males (55.8%). Men were also responsible for the higher stay rate (10,19) and the highest average cost of hospitalization (R $ 4164,26). Among the pathologies, heart disease, pulmonary and cerebrovascular diseases were more prevalent, and heart diseases are responsible for the highest cost of hospitalization in both sexes and among all ages. These results lead to reflections on the quality of primary care, since the resources available in primary care are sufficient to treat most of these conditions, avoiding unnecessary hospitalizations and avoiding higher expenses for the health system.
KEYWORDS: Primary Health Care; Hospital costs; Hospitalization.

INTRODUÇÃO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) representam hospitalizações potencialmente evitáveis, e compõem um conjunto de patologias que, se tratadas e acompanhadas de forma efetiva e oportuna na Atenção Primária à Saúde (APS) não resultariam em hospitalização[1]. Em princípio, as internações hospitalares são multifatoriais. Além da presença da morbidade, os fatores individuais e determinantes externos como a disponibilidade de leitos e o acesso aos serviços de saúde influenciam nas taxas de hospitalização[2].

O conhecimento sobre as ICSAP permite inferências sobre a qualidade e efetividade da atenção primária, fornecendo dados para o planejamento de estratégias que visem a prevenção de desperdício de recursos em programas inefetivos[2,3]. Conhecer essas enfermidades e identificar os custos decorrentes de suas internações pode colaborar para a adoção de medidas capazes de minimizar as hospitalizações desnecessárias[2].

Estudos referentes a esses custos são incipientes na literatura brasileira, embora sejam de extrema importância para o sistema público de saúde. Avaliar os fatores associados a esses custos, o impacto deles sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a maneira como eles estão disseminados em relação às características da população pode colaborar no direcionamento de ações mais efetivas pela APS[4].

A organização do sistema de saúde também pode ser beneficiada com estudos que discutem a utilização adequada e racional dos níveis de atenção. A produção de informações sobre os custos de ICSAP pode contribuir para a melhor alocação dos recursos, já que internações evitáveis oneram o orçamento público da saúde e desperdiçam os recursos que poderiam ser utilizados para o custeio de outras ações em saúde[5].

Dada a importância dessa identificação, este estudo teve o objetivo de identificar os fatores associados aos custos das internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, analítico, baseado em inquérito de morbidade hospitalar O estudo teve como alvo os pacientes e as respectivas internações hospitalares realizadas ao longo de um período de 24 meses, nos quatro principais hospitais de uma cidade do norte de Minas Gerais, que é referência para toda macrorregião de saúde.-

A amostra foi por amostragem aleatória simples. Para a definição do total de elementos amostrais foi considerado como universo amostral 76.096 possíveis internações hospitalares ao longo de doze meses nos hospitais selecionados para o estudo, o que representa a média aritmética das saídas hospitalares registradas pelas instituições avaliadas nos últimos dois anos. A margem de erro foi de 4%, o nível de confiança de 95% e a prevalência estimada de 35%, considerando as taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em outros estudos nacionais. O valor encontrado foi multiplicado por fator de correção para o efeito do desenho de 1,5 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de internações hospitalares a serem avaliadas foi de 976.

Um estudo piloto foi realizado nas quatro instituições hospitalares, a fim de testar as questões utilizadas. A equipe de entrevistadores para o trabalho de campo foi constituída por duas estudantes da graduação do curso de enfermagem e foi especialmente treinada para os procedimentos.

A coleta ocorreu ao longo de uma semana em cada unidade hospitalar e com uma semana de intervalo entre eles, durante 24 meses. Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes acima de 18 anos, internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um diagnóstico principal de condição sensível à atenção primária, segundo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária[6]. Foram excluídos aqueles pacientes que, em função da sua condição, não pôde responder ao questionário e não tivesse acompanhante que o fizesse.

Após identificação de todas as internações realizadas nas 24h que antecederam a coleta, o diagnóstico principal da internação era identificado no prontuário. Uma vez considerado para o estudo e obtido o consentimento formal, o participante e/ou

acompanhante respondia ao questionário semiestruturado elaborado pelos autores e a internação era acompanhada até seu desfecho final.

Após encerramento da internação o prontuário era novamente avaliado, a fim de coletar dados referentes ao período de internação e desfecho da mesma. Após o processamento administrativo e a liberação dos documentos relacionados à conta hospitalar, foram coletados os dados referentes ao custo direto da internação por paciente (valor do serviço profissional, valor do serviço hospitalar, valor da diária de acompanhantes, valor UTI) por meio do Relatório "Autorização de Internação Hospitalar" (AIH), disponibilizado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) das instituições.

Para identificação dos fatores associados às internações de alto custo foi utilizada análise de regressão multivariada com abordagem hierarquizada. No contexto do presente trabalho, o alto custo hospitalar foi considerado para os valores do último quartil, para todas as internações. O modelo teórico foi formado por três blocos de variáveis, considerando todas as associações com nível de significância até 20% ($p<0,20$), conforme Figura 1:
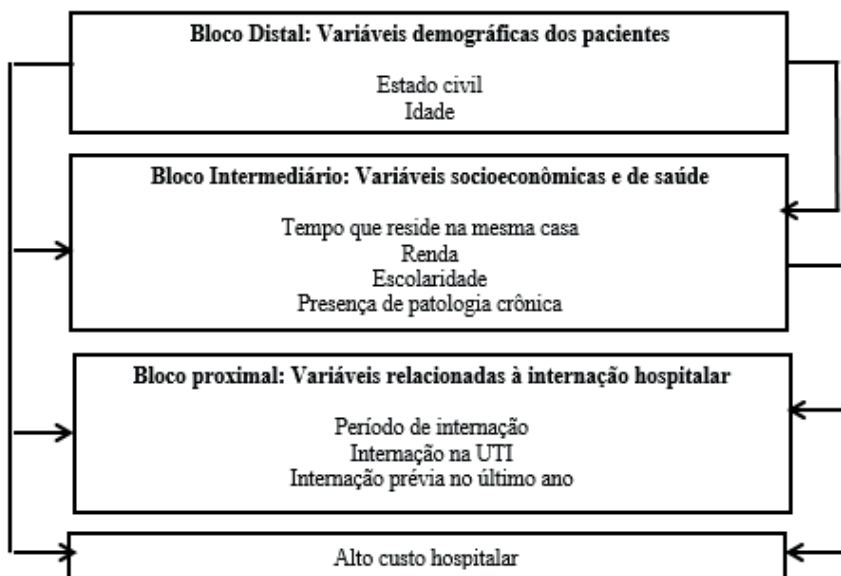
Figura 1: Modelo hierarquizado para análise múltipla de fatores associadas ao alto curso hospitalar das ICSAP

Para o modelo final permaneceram apenas as associações estatisticamente significantes até o nível de 5% ($p<0,05$).

Os dados obtidos foram lançados e organizados em planilha eletrônica. Para o tratamento estatístico destes dados, foi utilizado o software IBM SPSS versão 22 para Windows.

O projeto do estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente reconhecido e pelos Centros de Ensino e Pesquisa dos hospitais envolvidos. Todos os participantes foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os preceitos éticos referentes à condução de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados.

RESULTADOS

Entre o período considerado neste estudo, foram acompanhadas 1208 internações, das quais 414 foram internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, no âmbito do SUS. Dessas internações, 231 (55,8%) corresponderam ao sexo masculino.

O período médio de todas as internações foi de 9,35 dias e o custo médio de R$ 3606,09, correspondendo a R$ 385,68 o custo/dia das internações.

Os idosos representaram 65,7% da amostra total, sendo que os idosos acima de 80 anos totalizaram 20,3% da população geral. O custo médio das internações, assim como a taxa média de permanência aumentou gradualmente até os 79 anos. Já os idosos acima de 80 anos apresentaram menores taxas no custo e na duração da internação do que os idosos mais jovens. O público mais jovem teve um custo diário de R$ 207,08, enquanto os idosos entre 60- 79 anos tiveram um custo/dia de R$ 399,53 (Tabela 1).

Entre os gêneros, houve uma maior prevalência de internações no sexo masculino (55,8%). Os homens também foram responsáveis pela maior taxa de permanência (9,45) e pelo maior custo médio de internação (R$ 3865,04). Já as mulheres corresponderam a 44,2% de todas as internações e apresentaram uma média de permanência de 9,22 dias (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de custos de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo sexo e faixa etária em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

	N (%)	Média permanência (dias)	Custo médio da internação	Razão custo/dia
População geral				
18-39	28 (6,8%)	8,07	R$ 2326,85	R$ 207,08
40-59	114 (27,5%)	8,33	R$ 3707,10	R$ 284,82
60-79	188 (45,4%)	10,30	R$ 4115,16	R$ 399,53
≥ 80	84 (20,3%)	9,02	R$ 2740,84	R$ 303,86
Total	414 (100%)	9,35	R$ 3606,09	R$ 385,68
Homens				
18-39	12 (5,2%)	7,75	R$ 3276,25	R$ 422,74
40-59	64 (27,7%)	9,05	R$ 4051,94	R$ 447,73
60-79	119 (51,5%)	10,19	R$ 4164,26	R$ 393,57
≥ 80	36 (15,6%)	8,25	R$ 2739,93	R$ 332,11
Total	231 (55,8%)	9,45	R$ 3865,04	R$ 409,00
Mulheres				
18-39	16 (8,7%)	8,31	R$ 1567,32	R$ 188,60
40-59	50 (27,3%)	7,42	R$ 3265,70	R$ 440,12
60-79	69 (37,7%)	10,48	R$ 4030,50	R$ 384,59
≥ 80	48 (26,2%)	9,60	R$ 2741,52	R$ 285,57
Total	183 (44,2%)	9,22	R$ 3277,43	R$ 355,47

A Tabela 2 apresenta a distribuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para homens, segundo os principais grupos de causas, permanência hospitalar e custos. Percebe-se que quase metade dos homens (48,1%) internou com insuficiência cardíaca e que a maior prevalência de internações foi entre os idosos de 60-79 anos de idade (52,1%). As condições respiratórias, além de apresentarem uma importante prevalência (13%), foram responsáveis pela maior média de permanência entre os homens (10,73).

Apesar da menor prevalência entre as patologias, as condições urogenitais foram responsáveis pelo maior custo-médio de internação na faixa etária mais jovem (R$ 7409,00). A insuficiência cardíaca foi responsável pelo maior custo médio de internação (R$ 5411,24) e pela maior razão custo/dia (R$ 564,84). Como na população geral, os homens entre 60-79 anos obtiveram o maior custo (R$ 4164,26) (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para homens, segundo principais grupos de causas, permanência hospitalar e custos em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

	Idade	Insuf. Cardiaca	Doenças Pulmonares	Doenças Cerebrovasc	Infec. no rim e trato urinário	Outros	Média geral
N (%)	18-39	3 (25%)	3(25%)	1 (16,70%)	1 (8,3%)	4(8,3%)	12 (5,2%)
	40-59	34 (53,1%)	4 (6,3%)	6 (9,4%)	3 (4,7%)	17 (26,6%)	64 (27,7%)
	60-79	62 (52,1%)	12 (10,1%)	17 (14,3%)	7 (5,9%)	21 (17,6%)	119(51,5%)
	≥ 80	12 (33,3%)	11 (30,6%)	4 (11,1%)	6(16,7%)	3 (8,3%)	36 (15,6%)
	Média geral	111(48,1%)	30 (13%)	28 (12,1%)	17(7,4%)	45 (19,4%)	231 (100%)
Média-permanência (dias)	18-39	8	5	7	14	13	7,75
	40-59	8,03	18,75	5	11	9,8	9,05
	60-79	10,8	11	9,9	10	8,05	10,19
	≥ 80	7,75	9,09	6,25	8,17	10	8,25
	Média geral	9,58	10,73	8,25	9,76	8,89	9,45
Custo médio da internação	18-39	R$ 7065,37	R$ 564,44	R$ 1141,66	R$ 7409,00	R$ 4179,00	R$ 3276,25
	40-59	R$ 5392,71	R$ 4922,72	R$ 3851,46	R$ 1360,86	R$ 1710,12	R$ 4051,94
	60-79	R$ 5597,89	R$ 2396,54	R$ 4438,11	R$ 1422,78	R$ 1633,89	R$ 4164,26
	≥ 80	R$ 4085,90	R$ 1704,83	R$ 4228,00	R$ 657,37	R$ 3332,49	R$ 2739,93
	Média geral	R$ 5411,24	R$ 2296,53	R$ 4128,94	R$ 1494,90	R$ 1827,91	R$ 3865,04
Razão custo/dia	18-39	R$ 883,17	R$ 112,89	R$ 163,09	R$ 529,21	R$ 321,46	R$ 422,74
	40-59	R$ 663,72	R$ 262,54	R$ 770,30	R$ 123,71	R$ 174,50	R$ 447,72
	60-79	R$ 518,32	R$ 217,87	R$ 448,30	R$ 142,27	R$ 202,97	R$ 408,66
	≥ 80	R$ 527,21	R$ 187,55	R$ 676,48	R$ 80,46	R$ 333,25	R$ 332,11
	Média geral	R$ 564,84	R$ 214,02	R$ 500,47	R$ 153,16	R$ 205,61	R$ 408,99

Resultados semelhantes foram encontrados entre as mulheres. Quase metade das mulheres foi internada com insuficiência cardíaca (47,5%) e a maior prevalência de internações também foi entre as idosas de 60-79 anos de idade (37,7%). As doenças pulmonares foram responsáveis pela maior média de permanência entre as mulheres (11,61), seguido das morbidades do sistema cardíaco (9,52) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para mulheres, segundo principais grupos de causas, permanência hospitalar e custos em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

	Idade	Insuf. Cardiaca	Doenças Pulmonares	Doenças Cerebrovasc.	Infec. no rim e trato urinário	Outros	Média geral
N (%)	18-39	3 (18,8%)	0(0,0%)	4(25%)	6(37,5%)	3(18,8%)	16 (8,7%)
	40-59	25(50%)	4 (8,0%)	8(16,0%)	5(10,0%)	8(16,0%)	50(27,3%)
	60-79	41(59,4%)	8(11,6%)	4(5,8%)	8(11,6%)	8(11,6%)	69(37,7%)
	≥ 80	18(37,54%)	16(33,3%)	3(6,3%)	5(10,4%)	6(12,5%)	48(26,2%)
	Média geral	87(47,5%)	28 (15,3%)	19 (10,4%)	24(13,1%)	25 (13,7%)	183 (100%)
Média-permanência (dias)	18-39	7	0	4,75	6,67	17,67	8,31
	40-59	6,64	14,25	8,50	5,80	6,38	7,42
	60-79	10,83	13,25	9,75	7,13	9,63	10,48
	≥ 80	10,94	10,12	9,33	4,60	8,50	9,60
	Média geral	9, 52	11,61	8,11	6,21	9,28	9,22
Custo médio da internação	18-39	R$ 2334,42	R$ 0	R$ 1342,72	R$ 1331,13	R$ 2823,35	R$ 1567,32
	40-59	R$ 4167,89	R$ 1285,04	R$ 2185,21	R$ 2389,99	R$ 3064,50	R$ 3265,70
	60-79	R$ 5009,15	R$ 1425,31	R$ 4723,37	R$ 1534,72	R$ 3769,42	R$ 4030,50
	≥ 80	R$ 3369,67	R$ 2296,72	R$ 2902,62	R$ 2372,91	R$ 2269,85	R$ 2741,52
	Média geral	R$ 4335,97	R$ 1903,22	R$ 2444,94	R$ 1859,04	R$ 3070,41	R$ 3277,43
Razão custo/dia	18-39	R$ 333,49	R$ 0	R$ 282,68	R$ 199,57	R$ 159,78	R$ 188,60
	40-59	R$ 627,70	R$ 90,17	R$ 257,08	R$ 412,06	R$ 480,33	R$ 440,12
	60-79	R$ 462,52	R$ 107,57	R$ 484,45	R$ 215,25	R$ 391,42	R$ 384,59
	≥ 80	R$ 308,01	R$ 226,94	R$ 311,11	R$ 515,85	R$ 267,04	R$ 285,57
	Média geral	R$ 455,46	R$ 163,93	R$ 301,47	R$ 299,36	R$ 330,86	R$ 355,47

As idosas apresentaram internações mais longas. As mulheres entre 60-79 anos de idade ficaram, em média, 10,48 dias internadas e as acima de 80 anos permaneceram internadas por 9,60 dias. A insuficiência cardíaca foi responsável pelo maior custo médio de internação e pelo maior custo-dia (R$ 455,46). Considerando todas as faixas etárias, as mulheres entre 40-59 anos de idade apresentaram maior custo-dia (R$ 440,12) (Tabela 3).

A Tabela 4 expressa a associação das variáveis investigadas com o alto custo da internação hospitalar (≥ R$ 4179,00), trazendo em destaque o resultado para aquelas variáveis aptas à análise múltipla, por meio de regressão de Poisson. O percentual de ICSAP que apresentaram alto custo foi de 37,8%.

Considerando a associação entre as variáveis e o alto custo da internação (Tabela 4), observou-se que a idade, o estado civil, a renda, o período de internação e a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentaram associação estatisticamente significante após ajuste multivariado.

Tabela 4 - Associação entre variáveis individuais e custo das internações por condições sensíveis à atenção primária, no âmbito do SUS, 2017/2019.

	Custo internação hospitalar ≥ R$ 4179,00				p-valor	RP* / IC 95% Bruto	p-valor**	RP* / IC 95% Ajustado**
Variável	**Sim**		**Não**					
	(n)	**(%)**	**(n)**	**(%)**				
Sexo					0,358		-	
Masculino	92	59	139	54,1		1,13 (0,88 - 1,46)		-
Feminino	64	41	118	45,9		1,00		-
Idade					**0,013**		**0,001**	
< 40 anos	4	2,6	23	8,9		0,38 (0,15 – 0,94)		1,36 (1,13 – 1,62)
≥ 40 anos	152	97,4	234	91,1		1,00		1,00
Estado civil					**0,001**		**0,001**	
Casado	101	64,7	123	47,9		1,55 (1,19 – 2,02)		0,78 (0,67 - 0,91)
Não casado	55	35,3	134	52,1		1,00		1,00
Raça					0,649		-	
Negro	111	71,2	189	73,5		0,93 (0,71 – 1,22)		-
Não negro	45	28,8	68	26,5		1,00		-
Escolaridade					**0,166**		-	
< 8 anos	130	83,3	199	77,4		1,28 (0,90 - 1,80)		-
≥ 8 anos	26	16,7	58	22,6		1,00		-
Renda					**0,052**		**0,042**	
< 1,5 SM	95	60,9	181	70,4		1,18 (0,99 – 1,40)		1,19 (1,00 – 1,40)
≥ 1,5 SM	61	39,1	76	29,6		1,00		1,00
Tempo que reside na mesma casa					**0,030**		-	
< 5 anos	27	17,3	69	26,8		0,69 (0,49 – 0,98)		-
≥ 5 anos	129	82,7	188	73,2		1,00		-
Presença de patologia crônica-					**0,185**		-	
Sim	79	50,6	148	57,6		0,84 (0,66 – 1,07)		-
Não	77	49,4	109	42,4				-
Presença de cardiopatia					0,213		-	
Sim	10	6,4	27	10,5		0,70 (0,40 – 1,20)		-
Não	146	93,6	230	89,5				-
Já se internou pelo mesmo motivo					1,000		-	
Sim	68	43,6	113	44		0,99 (0,77 – 1,27)		-
Não	88	56,4	144	56				-
Esteve internado no último ano					**0,085**		-	
Sim	69	44,2	137	53,3		0,80 (0,62 – 1,02)		-
Não	87	55,8	120	46,7				-

Período de internação					**< 0,000**		**0,002**	
< 7 dias	48	30,8	149	58		0,49 (0,37 – 0,64)		1,41 (1,22 – 1,63)
≥ 7 dias	108	69,2	108	42		1,00		1,00
Internação UTI					**< 0,000**		**0,002**	
Sim	26	16,7	2	0,8		2,75 (2,31 – 3,27)		2,21 (1,77 – 2,77)
Não	130	83,3	255	99,2		1,00		1,00

(*) RP: Razão de Prevalência

(**) Análise de Poisson, com variância robusta.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram verificar que uma elevada proporção de ICSAP apresentam custos hospitalares elevados. Assim, gastos com ICSAP devem ser interpretados como possibilidades de economias no sistema de saúde e/ou melhoria da alocação dos recursos[5]. Esses gastos evitáveis ganham proporções ainda maiores considerando que o SUS apresenta deficiências na oferta de recursos públicos para a saúde da população, por não ter uma receita estável e adequada às suas necessidades[7]. Deve-se destacar ainda que os custos aqui relacionados se referem somente aos gastos hospitalares, não refletindo o custo social para o paciente e nem os custos indiretos decorrentes da hospitalização.

A idade avançada é um dos principais fatores relacionados às internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária. Representando 65,7% da amostra total, os idosos também foram responsáveis pelo maior custo de internação. Esses resultados são semelhantes a vários outros estudos, confirmando a importância desses fatores[8,9].

Além de possuírem alta prevalência, a internação de idosos envolve um maior tempo de permanência no hospital, tratamentos mais complexos, maiores recursos materiais e humanos e até mesmo outras complicações de saúde[8,10]. Estudo transversal que avaliou os gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil observou que a razão entre os valores pagos por internações hospitalares e a população aumenta gradualmente com a idade e que os gastos com a população idosa masculina são oito vezes maiores do que na população jovem masculina[11]. Em menor proporção, o presente estudo detectou um custo mais oneroso na população idosa masculina, quando comparado à população adulta masculina.

Grande parte dos altos gastos em idosos hospitalizados provém do uso intensivo de tecnologia. Porém, alguns autores discutem que os "idosos mais velhos" são tratados com menor agressividade e com menor uso de tecnologias e, por isso, possuem hospitalizações menos dispendiosas. Além disso, há uma maior probabilidade de um indivíduo mais velho morrer, o que diminui o tempo de internação[12,13]. Essa realidade também foi encontrada no presente trabalho, em ambos os sexos. Os custos com as internações foram crescentes

até a idade de 79 anos, após essa faixa etária houve uma redução no custo médio da internação e também no número de diárias.

Com o envelhecimento populacional, medidas preventivas e tecnologias que visem à redução dos gastos são imprescindíveis[8]. Importante também otimizar medidas que contribuam para a melhora global nas condições de vida do idoso, visando evitar o aparecimento de doenças, muitas vezes preveníveis, que implicam gastos onerosos ao SUS[14]. O sistema público de saúde deve ser capaz de atender a esses idosos de forma integral, inclusive com a adoção de medidas alternativas como a internação domiciliar, a fim de evitar as internações e suas complicações[8,15]. Além disso, é de suma importância a implementação de programas de saúde que promovam a saúde como um todo e previnam certas patologias resultantes de um estilo de vida inadequado[16].

A insuficiência cardíaca foi a causa mais prevalente de ICSAP, seguida das doenças pulmonares, doenças cerebrovasculares e infecções no rim e trato urinário. A alta prevalência da insuficiência cardíaca e doenças pulmonares e dos seus custos confirmam achados de outros estudos[3,15]. Exceção para esse perfil foi a infecção no rim e trato urinário, com o maior custo médio para a faixa etária mais jovem. No ano 2000 essa infecção foi responsável pela maior proporção de gastos entre jovens de 5 a 19 anos, superando inclusive as pneumonias bacterianas que apresentaram alta prevalência[17].

A insuficiência cardíaca é um importante problema de saúde, considerada como uma nova epidemia com elevada mortalidade. No Brasil, a patologia apresenta elevadas taxas de reinternação hospitalar e de mortalidade intra-hospitalar, com 50 mil óbitos/ano por complicações[18]. Esse fato destaca a necessidade de maior capacitação dos profissionais da APS, de modo a assegurar melhores condições de manejo dos pacientes com cardiopatia e evitar internações que sejam potencialmente evitáveis.

Um importante aspecto levantado pelo estudo BREATHE sobre a abordagem ao paciente com insuficiência cardíaca é que somente metade dos pacientes são orientados quanto ao correto uso da medicação e somente 43% recebem informações acerca das complicações[18]. Estudo que avaliou os custos diretos e indiretos do tratamento ambulatorial e hospitalar da insuficiência cardíaca em uma cidade do Rio de Janeiro levantou que a estimativa do custo por paciente internado foi de R$ 4.033,62 e entre os custos indiretos chamou a atenção o alto custo dos medicamentos financiados pelo próprio paciente[19].

Não foi objetivo desse estudo avaliar os custos indiretos das internações, mas é importante destacar a sua importância. O alto custo das medicações pode colaborar para a descontinuidade do tratamento, levando à repetidas internações hospitalares[19]. Este achado revela a necessidade de implementação de política de facilitação do acesso aos medicamentos de uso crônico no SUS, sob risco de onerar, ainda mais o sistema, com hospitalizações decorrentes da falta de medicamentos ambulatoriais[7,18]. Além disso, a aposentadoria precoce e o absenteísmo resultantes das complicações da patologia também possuem grande responsabilidade nos custos indiretos[18].

Os gastos com internações por doenças pulmonares também merecem destaque, pois representam quase 15% das internações hospitalares e a maior média de permanência entre os grupos de patologias. Importante ressaltar que muitas das doenças pulmonares são tratadas na atenção primária, sem necessidade de internação hospitalar[20]. Esses resultados levam à questionamentos sobre a efetividade da atenção primária. Muitas das patologias que levaram à internação são doenças crônicas passíveis de acompanhamento ambulatorial, que exigem tratamento adequado e continuidade do cuidado para a prevenção de internações[3,15]. Para melhorar essa realidade é imprescindível conhecer as necessidades de saúde da população e fornecer ferramentas para enfrentamento desses problemas de saúde[16].

Na análise multivariada, percebeu-se que a idade acima de 40 anos é um importante fator para internações hospitalares com alto custo. Apesar de a maior prevalência estar presente na faixa etária acima de 60 anos, é necessário salientar que os adultos acima de 40 anos já apresentam maior probabilidade de internações por condições sensíveis. São escassos os trabalhos que avaliam a morbidade e a internação hospitalar de adultos, a maioria deles utiliza a faixa etária acima de 60 anos como referência. De qualquer forma é importante considerar que os adultos representam o maior número de usuários do SUS, o que influencia diretamente nos custos contabilizados[11].

Estudo que identificou os fatores associados às admissões hospitalares no Brasil, a partir dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD/1998) verificou que a cada aumento de um ano na idade, há o aumento de 1% na chance de internação hospitalar[21]. Além disso, a presença de patologia crônica nos adultos contribui de forma significativa para as internações. As doenças cardiovasculares, por exemplo, que respondem pela maior parte das internações nos grupos etários acima dos 40 anos, apresentam um significativo acréscimo nas taxas de internação conforme o aumento da idade[16,22].

O envelhecimento da população exerce um papel fundamental sobre as patologias e sobre o aumento dos gastos hospitalares[23]. No Brasil, estima-se que em 2020 teremos 13 milhões de idosos. Em 2060 eles representarão um terço da população brasileira. A sobrecarga no sistema de saúde será inevitável já que, em função da fragilidade, eles utilizam os serviços de saúde em uma proporção expressivamente maior do que as demais faixas etárias[24].

O estado civil também esteve associado às internações de alto custo. Estudos que discorrem sobre a influência do estado civil nas ICSAP ou sobre os custos hospitalares são escassos. Foram encontradas poucas pesquisas que investigaram essa variável e nenhum deles encontrou associação estatisticamente significante[25,26]. Isso provavelmente se justifica pelo fato de a maioria dos estudos utilizarem dados secundários na avaliação das internações e dos seus custos[2,9,11.] Neste estudo observou-se que a união estável é um fator protetor para internações hospitalares de alto custo. Sabe-se que as mulheres são

mais propensas a obter cuidados de saúde formais e os homens, quando casados, também procuram mais por serviços de saúde[27]. Essa maior prevenção pode ser responsável por internações hospitalares menos complexas e consequentemente menos dispendiosas, contudo mais investigações são necessárias.

A renda foi outra importante variável associada ao alto custo. A baixa renda já havia sido associada ao alto custo hospitalar há mais de 10 anos, em portadores insuficiência cardíaca[19]. As condições socioeconômicas precárias possuem importante influência sobre as condições de saúde de uma população. Os grupos menos favorecidos economicamente possuem menos acesso aos serviços disponíveis e limitada capacidade de autofinanciar os recursos necessários para o tratamento[19,28]. Com isso, eles também apresentam maior prevalência de certas doenças e, pelo acesso dificultado, só conseguem o atendimento quando a sua situação de saúde é mais séria[8]. Com a hospitalização, há um "efeito compensatório" das desigualdades no uso de serviços de saúde[21].

Em relação aos aspectos diretamente ligados à internação hospitalar, encontrou-se nesse estudo que a utilização do serviço de UTI e a duração da internação superior a sete dias estavam associadas aos altos custos das internações. É notório que as internações hospitalares que utilizam tecnologia de alta complexidade possuem maiores gastos[29]. O uso da UTI está intimamente ligado à maior média de permanência, já que esses pacientes dependem de cuidados mais complexos e mais demorados, resultando em um maior custo de tratamento quando comparado a outros pacientes[30].

A duração da internação hospitalar acima de sete dias é muita elevada e provavelmente está associada à uma atenção primária ineficaz[31]. Espera-se que esse nível de atenção produza efeitos benéficos na melhoria da qualidade do sistema de saúde como um todo e na saúde dos indivíduos. Essa atuação efetiva poderia solucionar os problemas relacionados às condições sensíveis e "liberar" a atenção hospitalar para as condições mais complexas[32].

Outro fator que influencia a duração da internação é também a ineficiência nos recursos hospitalares. Nessa pesquisa, as doenças cardiovasculares representaram uma expressiva parcela das internações, e a literatura destaca que muitas delas necessitam de intervenção específica[32]. Muitos hospitais apresentam dificuldades para atender toda essa demanda, em função da falta de equipamentos e recursos humanos, resultando em uma internação mais prolongada[32].

Como limitação desse trabalho, pode-se citar a ausência de avaliação dos custos indiretos. Ao longo do trabalho percebeu-se a importância e a influência desse custo principalmente sobre o paciente e familiar. Também teria sido válida a avaliação das internações do serviço de autogestão. A análise de ambos os sistemas poderia fornecer importantes dados comparativos sobre o financiamento das internações e também sobre a qualidade do serviço prestado.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados nesta pesquisa, como a alta prevalência das internações de pacientes idosos e das doenças do aparelho cardiovascular e respiratório, confirmam achados de outros estudos. Essas condições também foram as principais responsáveis pelo custo médio das internações hospitalares (R$ 3865,04). Ressalta-se que as variáveis idade, estado civil, renda, período de internação e internação na UTI estiveram associadas ao alto custo da internação.

Esses resultados levam a reflexões acerca da qualidade da atenção primária. É imperioso o fortalecimento da APS no Brasil, com ações voltadas para a melhoria dos determinantes sociais de saúde. Além disso, doenças sensíveis à atenção primária devem ser constantemente monitoradas, visto que a expansão da ESF e os recursos disponíveis nesse nível de atenção são suficientes para tratá-las, sem que haja a necessidade de internação hospitalar e gastos desnecessários. Uma APS resolutiva pode gerar melhores condições de saúde para a população e também contribuir para a gestão eficiente dos recursos públicos.

COLABORADORES

Oliveira T.L, Santos C.M ,Caldeira, A.P participaram da concepção e desenho, análise e interpretação de dados; da redação do artigo e da aprovação da versão a ser publicada. Miranda L.P participou da redação do artigo e da aprovação da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad Saude Publica. 2009; 25(6): 1337-1349.

2. Morimoto T, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(3): 891-900.

3. Botelho JF, Portela MC. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. Cad. Saúde Pública. 2017; 33(3): e00050915.

4. Homar JC, Matutano CC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: marco conceptual. Aten Prim. 2003; 31(1): 61-5.

5. Pinto JEP, Costa LQ, Oliveira SMA, Medina MG, Aquino R, Silva MGCa. Tendência dos gastos e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos na Bahia, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2018; 23(12): 4331-4338.

6. Brasil. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Brasília: Diário Oficial da União; 2008. 18 abr. p. 70.

7.Paim, J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011; 377(9779):1778-1797.

8. Berenstein CK, Wajnman S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(10): 2301-2313.

9.Souza DK, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. Epidemiol Serv Saude. 2017 abr-jun; 26(2): 285-294.

10. Santos JR, Barros MD. Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. Epidemiol Serv Saúde. 2008; 17(3): 177-86.

11. Silveira RE, Santos AS, Sousa MC, Monteiro TS. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. Einstein. 2013; 11(4): 514-20.

12. Sheiner L. The effects of technology on the age distribution of health spending: a cross-country perspective. Public Finance and Management. 2007.

13. Miller T. Increasing longevity and Medicare expenditures. Demography. 2001; 38: 215-26.

14. Piuvezam G, Freitas MR, Costa JV, Freitas PA, Cardoso PMO, Medeiros ACM, et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. Cad. Saúde Colet. 2015; 23(1): 63-8.

15. Jobim EFC, Souza VO, Cabrera MAS Causas de hospitalização de idosos em dois hospitais gerais pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá. 2010; 32(1): 79-83.

16. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6): 1737-1750.

17. Souza DK, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. Epidemiol Serv Saude. 2017 abr-jun; 26(2): 285-294.

18. Albuquerque DC, Neto JDS, Bacal F, Rohde LEP, Bernardez-Pereira S, Berwanger O, Almeida DR. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. BREATHE: Características, Indicadores e Desfechos. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2015; 104(6):433-442.

19. Araújo DV, Tavares LR, Veríssimo R, Ferraz MB, Mesquita ET. Custo da Insuficiência Cardíaca no Sistema Único de Saúde. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005 mai.; 84(5): 422-427.

20. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Rev Bras Epidemiol. 2008 dez.; 11(4): 633-47.

21. Castro SM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2002; 7(4): 795-811.

22. Santos MAS, Oliveira MM, Andrade SSCA, Nunes ML, Malta DC, Moura L. Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. Epidemiol Serv Saúde. 2015 jul-set; 24(3): 389-398.

23. Reis CS, Noronha K, Wajnman S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. R. Bras. Est. Pop. 2016 set-dez; 33(3): 591-612.

24. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2018.

25. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Publ. 2009; 43(6): 928-936.

26. Souza LA, Rafael RMR, Moura ATMS, Neto M. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2018; 39: e2017-0067.

27. Parslow R, Jorm A, Christensen H, Jacomb P, Rodgers B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of midle-aged and older Australians. Soc Sci Med. 2004 Nov; 59(10):2121-9.

28. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(7): 2097-2108.

29. Huguenin FM, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Infantosi AFC. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no sistema único de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2016 abr-jun; 19(2): 229-242.

30. Peixoto SV, Giatti L, Alfradique ML, Costa MFL. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2004; 13(4): 239-4.

31. Ribeiro JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(3): 771-782.

32. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. Rev. Bras. Epidemiol. 2019; 22:e190010.

Apesar do aumento significativo da cobertura de equipes de ESF nos últimos 10 anos, este estudo identificou uma elevada proporção de ICSAP (44%) entre as internações hospitalares avaliadas, com prevalência da insuficiência cardíaca e das doenças pulmonares. A maioria dos pacientes internados com ICSAP é do sexo masculino, acima de 40 anos, com mais de quatro anos de estudo, com renda média entre um e três salários mínimos, residindo na zona urbana.

As variáveis idade, raça, escolaridade e presença de patologia crônica apresentaram associação coma as ICSAP. Enquanto idade, estado civil, renda, período de internação e a internação UTI apresentaram associação estatisticamente significante com o alto custo das internações.

Avaliando a hospitalização, a maior duração e a necessidade de UTI apresentaram associação com o alto custo. O período médio das internações foi de 9,35 dias, com um custo médio de R$ 3606,09. Os idosos foram os maiores responsáveis pelo alto custo, por apresentarem internações mais longas, mas também por apresentarem maior prevalência de insuficiência cardíaca (condição sensível com maiores gastos hospitalares).

Ainda que toda a população do município tenha cobertura da ESF, os usuários ainda possuem dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Eles reconhecem a APS como principal porta de entrada para os serviços de saúde, mas se deparam com barreiras como horárias e dias de funcionamento, para que o cuidado seja oportunizado.

A APS tem demonstrado baixa resolutividade em relação às ICSAP, abrindo margem para a discussão sobre a qualidade da assistência prestada. É necessário um fortalecimento da APS, com ações voltadas para a melhoria dos determinantes sociais de saúde e para as doenças sensíveis, visto que bons resultados nesse nível de atenção contribuem para a saúde da população, mas também para a administração eficiente dos recursos públicos.

Para auxiliar a administração local nesse diagnóstico e fortalecimento será elaborado, a partir desse estudo, um relatório que contemple os principais resultados e recomendações, a fim de que se possam fornecer mais ferramentas para um melhor direcionamento das ações em saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações, como o fato de a coleta dos dados ter sido realizada em apenas quatro hospitais da cidade. Além disso, seria importante também utilizar o PCATool- versão profissionais, a fim de verificar se os profissionais estão orientados segundo os atributos da APS e os outros atributos contemplados pelo instrumento. São necessários ainda outros estudos que avaliem também os custos indiretos dessas internações, já que a literatura enfatiza a importância desses nos custos totais. Percebeu-se também a importância de se avaliarem as internações do serviço de autogestão, já que a comparação com os serviços públicos pode fornecer importantes informações sobre a qualidade do serviço prestado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

2. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde. 2014 jan-mar; 21(1): 77-92.

3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2011.

4. Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. 1991; 1(1).

5. Carvalho AI, Barbosa PR. Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC. Brasília: CAPES: UAB. 2010. 82p.

6. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L *et al.* (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

7. Brasil. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional: Tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas. São Paulo. 2002.

8. Ponte CF, Falleiros I org. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC. 2010.

9. Teixeira SMF org. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO. 1995. 262 p.

10. Brasil. Decreto Presidencial 78.307. Diário Oficial da União; Brasília, 1976.

11. Organização Pan-americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/OMS. Washington, D.C.: OPAS. 2005.

12. Pires-Alves FA, Paiva CHA. Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas–Brasil em Recursos Humanos para a saúde (1975–1988). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2006.

13. Paiva CHA; Pires-Alves F; Hochman G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciênc. S**aúde Coletiva. 2008; 13(3): 929-939.

14. Organização Mundial da Saúde. Unicef. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS: 6-1. 2 de setembro de 1978.

15. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 300p.

16. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

REFERÊNCIAS

17. Brasil. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm.

18. Andrade LOM. SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais. 2. ed. rev. ampl. São Paulo: Hucitec; 2007.

19. Brasil. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

20. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(6): 1751-1762.

21. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Saúde. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington, D.C. 2019.

22. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/Bárbara Starfield.- Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

23. Portela GZ. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2017; 27(2): 255-276.

24. Macinko J, Harris M, Matthew J. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. The New England Journal of Medicin. 2015 jun.; 372:2177-2181.

25. Brasil. Portaria n° 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. In: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf.

26. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

27. Brasil. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

28. Veras RP, Gomes JAC, Macedo ST. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz Custos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2019; 22(2):e190073.

29. Salisbury C, Montgomery AA, Simons L, Sampson F, Edwards S, Baxter H et al. Impact of Advanced Access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. Br J Gen Pract. 2007; 57(541):608-14.

30. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. Saúde Soc. 2007;16(1):7-17.

31. Balasubramanian H, Biehl S, Dai L, Muriel A. Dynamic allocation of same-day requests in multiphysician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. Health Care Manag Sci. 2014 mar;17(1):31-48.

32. Knight A, Lembke, T. Appointments: getting it right. Aust. Fam. Physician. 2011; 40 (1-2): 20-23.

33. Alves RS, Mangini BSC, Fernandes GM. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. Physis. 2016; 26(1): 87-111.

34. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health. 2009; 1: 87–93.

35. Carvalho FCD, Vasconcelos TB, A GMMS, Macena RHMaia. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. **Trab. E**duc. Saúde. 2019; 17(2): e0018925.

36. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, Barbosa MA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. 2018; 53(2).

37. Costa JSD, Teixeira AMFB, Moraes M, Strauch ES, Silveira DS, Carret MLV et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. Rev Bras Epidemiol. 2017; 20(2): 345-354.

38. Santos LPR, Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Colet. 2018; 26 (2): 178-183.

39. Cruz JS, Almeida PF, Figueredo AH, Santos AM. Avaliação do acesso à Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos usuários no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, Brasil. Rev. Salud Pública. 2017; 19 (5): 641-648.

40. Flor CR, Oliveira CDL, Cardoso CS, Rabelo CF, Gontijo BL, Carvalho SF, et al . Primary health care as assessed by health professionals: comparison of the traditional model versus the Family Health Strategy. Rev Bras Epidemiol. 2017 dez.;20(4): 714-726.

41. Facchini LA, Tomasi E, Dilelio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate. 2018**; 42(esp.): 208-223.

42. Santos LPR, Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2018; 26(2): 178-183.

43. Kessler M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. Longitudinality in Primary Health Care: a comparison between care models. Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(3):1063-1071.

44. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(5): 1499-1509.

45. Caminal HJ, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Aten Primaria. 2003; 31(1): 61-65.

46. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2015 nov.; 31(11): 2353-2366.

47. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. Health Aff (Millwood). 1993; 12: 162-173.

48. Busby J, Purdy S, Hollingworth W. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. BMC Health Services Research. 2015; 15: 324.

49. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ. 2017; 356: j84.

50. Kocher KE, Dimick JB, Nallamothu BK. Changes in the source of unscheduled hospitalizations in the United States. Medical Care. 2013; 51(8): 689–698.

51. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa MFL, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAPBrasil). Cad Saude Publica. 2009 jun.; 25(6): 1337-49.

52. Brasil. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União; Brasília, 18 abr. 2008.

53. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Internações sensíveis à atenção primária após implantação do Plano Diretor em Minas Gerais. Rev Saude Publica. 2018; 52:78.

54. Ferrer APS, Grisi SJFE. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. Rev Assoc Med Bras. 2016; 62(6): 513-523.

55. Mendonça CS, Leotti B, Soares Dias-da-Costa J, Harzheim E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. Health Policy and Planning. 2017; 32(10):1368-1374.

56. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? JAMA. 1988; 260(12): 1743-1748

57. Lee JHO, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, Jeon TH, Park K. Development of the Korean primary care assessment tool - measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. Int J Qual Health Care. 2009; 21(2):103-111.

58. Berra S, Rocha KB, Rodríguez-Sanz M, Pasarín I, Rajmil L, Borrell C, Starfield B. Properties of a short questionnaire for assessing primary care experiences for children in a population survey. *BMC* Public Health. 2011; 11:285.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool – Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.

60. Louzada PM, Costa MJ, Saraiva SL, Silva AP, Louzada PL, Toledo ME et al . Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017; 2(6):1881-1893, 2.

61. Fournier J, Heale R, Rietze L."I can't wait": advance access decreases wait times in primary health care. Healthc. Q. 2012; 15 (10): 64-68.

62. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Neto JAR. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2009;43(6):928-36.

63. Pazóa RG, Frauchesb DO, Molinaa MDCB, Cadea NV. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro. 2017;12(39):1-12.

LEONARDO DE PAULA MIRANDA: Graduado em Odontologia pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes (2005). Tem experiência na área de Odontologia, Perícia Criminal, Estratégia Saúde da Família, Saúde Coletiva e Docência em nível superior e técnico. Possui Especialização em Saúdeda Família/ Saúde Coletiva, Especialização em Segurança do Trabalho, Especialização em Ensino à Distância (EAD), Mestrado em Cuidado Primário em Saúde (Unimontes - 2010) e Doutorado em Ciências da Saúde (Unimontes - 2020). Atualmente labora como Perito Criminal Oficial da Polícia Técnico-Científica de Minas Gerais - Polícia Civil.

THATIANE LOPES OLIVEIRA: Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Montes Claros (2005). Especialista em Saúde da Família na Modalidade Residência pela Universidade Estadual de Montes Claros (2008). Especialista em Educação a Distância pelo Instituto Federal do Norte de Minas Gerais (2013). Especialista em Segurança do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes (2014). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (2012). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (2014-2019). Docente do Instituto Federal do Norte de Minas Gerais -Campus Januária do curso Técnico em Enfermagem.

PERFIL E CUSTOS DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2024

PERFIL E CUSTOS DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Ano 2024